



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

- A Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztést segítő
kiemelt projekt általános bemutatása** **2**
Solymosy József Bonifác

- Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – III. rész**
**Egészségfejlesztési cselekvési terv kidolgozása az egészség-
egyenlőtlenségek csökkentésére Sellye kistérségben**
**A „Szülő Klub Program” és a „Szivacskezilabda Program”
megvalósítása** **6**
Dr. Koós Tamás, Fekécs Éva, Járomi Éva, Lőrík Eszter, Taller Ágnes;
Dr. Barta Ildikó, Gáspár Katalin, Frank Mártonné, Dr. Kovács Katalin,
Mészáros Éva, Pandur Csilla

- Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló** **10**
Csizmadia Péter, Dr. Varsányi Péter, Ferencz Mihály, Vitrai József PhD.

- Az egészségtudatosság néhány elemének vizsgálata
kórházi vendéglátóipari intézményekben** **14**
Dr. Huszka Péter PhD., Dernóczy Polyák Adrienn, Huszkané Pénzes Adél

- 2014 – A CSALÁD ÉVE
A családalapítás útvesztői – Az elakadások megelőzése **26**
Soós Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.

- A szülész nő megváltozott preventív szerepe
a várandósgondozás során** **33**
Lipienné Krémer Ibolya, Dr. Mészáros Judit

- FELMÉRÉSEK
**A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók
egészségi állapota és káros szenvedélyei** **37**
Dr. Németh Anikó

- AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST
Nem minden elavult, ami régi
**„Nyireő Éva: Képeskönyv és gyermekolvasmány
a szellemi higiéne szempontjából”** **46**
Solymosy József Bonifác

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet
folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métényi János,
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter,
dr. Gyárfás Iván, dr. Kovács Attila,
prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.
Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.
További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.
Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:
Reneszánsz Tipográfiai Műhely
Nyomdai munkálatok:
Porszinter Nyomda
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet





A Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztést segítő kiemelt projekt általános bemutatása

Solymosy József Bonifác

Egészségfejlesztési Módszertani Alprojekt-vezető – „TIE” TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az elmúlt hét év uniós fejlesztéseinek egyik komponense a *Társadalmi Megújulás Operatív Program* (rövidítve *TÁMOP*), mely *Magyarország Nemzeti Stratégiai Referenciakerete*, az *Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT)* alprojektjeként 2007-ben indult.

A projekt – az uniós jogszabályokkal és rendeletekkel összhangban – a társadalom megújulását szolgálja, egyik legfontosabb célkitűzése az *Egészségmegőrzés és egészségügyi humán erőforrás-fejlesztés*. A projekt egyrészt – az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók alkalmazkodóképességének javításával – a munkaerőpiac kínálati oldalának fejlesztését; másrészt a lakosság egészségi állapotának javítását célozza.

A projekt kódja: *TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001*.

A projekt teljes címe: *„Komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, többcéli intézményekben, valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával”*.

A projekt 2014 szeptemberétől 2015 októberéig tart.

A *Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztést (TIE)* támogató kiemelt projektet az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) a Klebelsberg Intézményfenntartó Központtal (KLIK) szorosan együttműködve valósítja meg.

A projekt célja, hogy a megyei koordináló, valamint az iskolai megvalósító szakemberek azonosítását követően megtörténjen érzékenyítésük és felkészítésük a kifejezetten egészségfejlesztési célú tevékenységek megvalósítá-

sára a tanításon kívüli iskolai időben. A projektben egyénként (1) három koordinátor, átlagosan 16 intézmény, intézményenként átlagosan 3 iskolai szakember vagy pedagógus vesz részt.

Minden intézmény számára 1,8 millió Ft értékű tárgyi eszközt, valamint 1,5 millió Ft értékű egyéb szolgáltatást biztosítunk, így segítve a tanulók és pedagógusok egészséges életmódra való nevelését. A KLIK az iskolai szakembereknek 10 hónapon át bruttó 50.000,- Ft/hó külön anyagi juttatást nyújt, illetve minden intézmény hozzájuthat a programelemek megvalósításához szükséges eszközökhöz is.

A projektben – országos szinten – 288 iskola közel 850 pedagógusa, valamint több mint 30 000 diákja vesz részt.

A projekt első üteme

A projekt első ütemének célja *Egészségfejlesztési programelemek megvalósítása az állami fenntartású általános iskolákban, többcéli intézményekben, tanórán kívüli időben*. A helyi megvalósítás 2015 februárjában elindult, a részprojektet 2015 szeptemberében zárjuk.

A projekt második üteme

A projekt második ütemében – 2015 márciusa és júliusa között – az iskolák közötti kooperációt építő, megyei szintű szabadidős közösségi programok, *„hétprobák”* megszervezésére és lebonyolítására kerül sor.





1. MARATON-PRÓBA

A nemi, környezeti és életkori sajátosságokra figyelemmel – Magyarország természeti környezetének, helyi tájegységeinek megismerése céljából – az állóképességet fejlesztő, maraton hosszúságú táv (42 195 m) megtétele váltó formájában, olyan mozgásformákon keresztül mint a futás, a gyaloglás, a nordic walking,

vagy

a testmozgásban gazdag közlekedéssel kapcsolatos ismeretek és készségek elmélyítését szolgáló játékos, ügyességi, szárazföldi mozgásprogramok megvalósítása sporteszközök – így például kerékpár, görkorcsolya, gördeszka, roller, síroller segítségével –, a téli időszakban üzhető mozgásformákkal/sporttevékenységekkel (pl. korcsolya, északi sí) együtt.

2. BÚVÁR KUND-PRÓBA

Olyan játékos, ügyességi, vízi és vízfelszíni mozgásprogramok megvalósítása – akár sportlétesítményben, akár természeti környezetben –, melyek a vízi jártassággal összefüggő ismeretek, készségek elmélyítését szolgálják, így például úszás, evezés, kajak-kenu, valamint szabadidős sporteszközök bevonásával megvalósuló programok (pl. vízbicikli).

3. KINIZSI-ERŐPRÓBA

A magyar sportéletben hagyományokkal rendelkező (például: birkózás, grundbirkózás), valamint a távolkeleti küzdősportokkal kapcsolatos ismeretek, készségek átadását, a küzdősportok által képviselt értékek elmélyítését szolgáló mozgásprogramok megvalósítása, valamint olyan, a lovassporttal és a magyar sportéletben hagyományokkal rendelkező technikai küzdősportokkal (például: vívósport) kapcsolatos ismeretek, készségek átadását szolgáló játékos, ügyességi mozgásprogramok, melyek fejlesztik a kreativitást, a koncentrációt, a motoros készségeket, terápiás célúak, illetve segítenek a tanulási és viselkedési zavarok kezelésében.

4. SZENT LÁSZLÓ-PRÓBA

Olyan, csapatban végzendő játékos, ügyességi mozgásprogramok, melyek nem minősülnek látvány-csapatsportoknak, hozzájárulnak az együttneveléshez, az elfogadó, befogadó közösségek kialakításához, valamint ösztönzik a kooperációt.

5. BARTÓK BÉLA-PRÓBA

A táncművészetet, mint a mozgástanulás eszközt felhasználó mozgásprogramok megvalósítása, melyek

a kultúrák közötti párbeszédet, a magyar kulturális örökség megőrzését (néptánc), illetve a személyiségfejlesztést szolgálják.

6. „EGYEM, VAGY NE EGYEM”-PRÓBA

A lokális adottságoknak megfelelő legszebb/legkreatívabb/legegészségesebb iskolakert/élősarok/balkonláda kialakításának, művelésének dokumentált (fotó, videó, naplózás) bemutatása a közös tervezés, megvalósítás és felelősség érzékeltetésével,

vagy

az egészséges táplálkozással és összefüggő területeivel (így különösen az ivóvízfogyasztással, a gyümölcs- és zöldségtermesztéssel, az állattenyésztéssel és húsfeldolgozással, az élelmiszer-biztonsággal, az élelmiszervásárlással, az egészséges élelmiszerekkel, az ételkészítéssel, a menü- és étlapkészítéssel, az adalékanyagokkal, az étrend-kiegészítőkkel, az étkezési szokásokkal, stb.) összefüggő csoportos vetélkedők, bemutatók, ismeretterjesztő előadások szervezése szakemberek és tanulók bevonásával.

7. „HOGYAN MONDJAM EL NEKED?”-PRÓBA

Olyan interaktív, a tanulók bevonásával megvalósuló kampány, mely az egészséges életmóddal és az energiaegyensúllyal kapcsolatos üzenetek kortársak közötti átadását szolgálja.

Témakörei:

– Alsó tagozat (1–4. évfolyam): egészségfejlesztő testmozgás, egészséges táplálkozás, test- és szájhigiéné, dohányzás-megelőzés, sérülés-megelőzés, az internet veszélyei.

– Felső tagozat (5–8. évfolyam): egészségfejlesztő testmozgás, egészséges táplálkozás, szenvedélybetegségek (szerhasználat: dohányzás, alkohol, drog, energiaitalok, játékszenvedélyek), családi életre való nevelés, az internet veszélyei.

Elvárt produktum: rádióműsor, videoklip, kisfilm, plakát, web- és közösségi oldalakon történő aktivitás, blog, flashmob (a tanulók választása szerint).

A projekt során megvalósítandó kutatások

– A bevont intézményekben a tanórán kívüli időben végzett egészségfejlesztési/testmozgásos programelemek hatékonyságát mérő, „intervenció” kutatás reprezentatív mintán. Célcsoportja a diákok és az iskolai szakemberek.

– Az egészséggel kapcsolatos (kérdőíves) attitűdvizsgálat.

– A tanulók mozgás-szenzoros mérése, reprezentatív minta vizsgálata.





– Az ország összes intézményét célzó nagymintás kutatás, mely a pedagógusok és az intézményvezetők által szolgáltatott adatok alapján térképezi fel az egészségfejlesztési kapacitásokat.

Egészségfejlesztési programelemek szakmai ajánlása

A *TIE-projekt* első ütemének előkészítő szakaszában elkészült egy on-line „füzetcsomag” (*EPSZA-füzetek – Egészségfejlesztési programelemek szakmai ajánlása*). A füzetek az alábbi témakörökben támogatják az iskolai szakemberek egészségfejlesztési tevékenységét:

– Az egészséges élelmiszerek megismerését, az élelmiszerek változatos elkészítési módjának elsajátítását támogató program I.

– Az egészséges élelmiszerek megismerését, az élelmiszerek változatos elkészítési módjának elsajátítását támogató program II. – *Iskolakert-program*.

– Az ivóvíz-fogyasztás népszerűsítését célzó program.

– A helyes test- és szájhygiénés szokások kialakulását támogató program.

– Sérülés-megelőzési program megvalósítása (elsősegéllyel együtt).

– Egészségfejlesztési célú kommunikációs események szervezése.

– Testmozgásban gazdag közlekedési formákat támogató programok megvalósítása az általános iskolába történő és az onnan való hazautazás során I. (kerékpár) – „*Spuri a suliba*”.

– Testmozgásban gazdag közlekedési formákat támogató programok megvalósítása az általános iskolába történő, és az onnan való hazautazás során II. (lépésszámláló) – „*Lépéselőnyben*”.

– A kötelező tanórai foglalkozások utáni pihenőidőben, szabadidőben, illetőleg a délutáni tanítási időszakban, nem a mindennapos testnevelés részeként megvalósuló, szabadidősport jellegű egészségfejlesztő és életmódfórmáló programok megvalósítása – „*Délutáni szabadidő*”.

– Időszakos, rendszeresen visszatérő, hagyományteremtő jelleggel szervezett, a tevékenységek változosságára építkező iskolai rendezvények megvalósítása – „*Sportos Iskolai Rendezvény (Hagyomány)*”.

Az *EPSZA-füzetek* – egyelőre a fenti 10 témát érintve – támogatják az egészségfejlesztési programelemek megvalósítását. A programelemek megvalósítása nem azonos a teljeskörű iskolai egészségfejlesztési programmal, csak annak megalapozása, előfeltételeinek kialakítása. A programelemek általános jellemzői:

– a helyi adottságokhoz adaptálandó segédanyagok a pedagógus számára, melyek felhasználhatóak a diákok tanórán kívüli idejének hasznos eltöltéséhez,

– szakmai ajánlások, szakmai iránymutatások (a minimumismereteket színessel emeltük ki),

– letölthetők, de online is használhatóak (fontoljuk meg a nyomtatást!),

– egységes szerkezet,

– a pedagógus saját eredményességét a témánkénti ismeretfelmérőkkel, illetve a program megkezdésekor és zárásakor felvett attitűdmérő eszközökkel mérheti,

– hosszú szakmai előkészület és együttműködés alapján készültek (7 vidéki iskola „szívességi lektor”-ként számos gyakorlati kiegészítéssel támogatta a füzetek indító tartalmát),

– a programelemeket a projekt végén, a tapasztalatok függvényében finomítjuk.

Az *EPSZA-füzetek* általános struktúrája:

– pozicionálás,

– célok,

– előkészítés,

– megvalósítás,

– értékelés,

– példák,

– hivatkozások.

Minden témakörhöz tartozik egy, az alsó és felső tagozatosok ismeretváltozásának méréséhez használható igaz–hamis kérdéssor, valamint – kiegészítésként – az egész program indítását és zárását keretező, diák és felnőtt attitűdmérő kérdőív.

A füzetek és a kapcsolódó dokumentumok a bevont szakemberek számára egy online platformon érhetőek el, ahol nem csak az anyagok tölthetők le, de moderált szakmai konzultációra, a mérési eredmények rögzítésére, az iskolai tevékenységek tervezésére, megvalósításuk nyomon követésére is mód nyílik. Ez a platform a projekt zárása után, a fenntartási időszakban is lehetővé teszi az egyes iskolák egészségfejlesztési tevékenységének monitorozását.

Az iskolai megvalósítást két érzékenyítő workshop-csomag megrendezése is megelőzte, a régiós és megyei koordinátorok számára három vidéki helyszínen, az iskolai koordinátorok számára pedig minden régióban.

A projekt várt eredményei

– Tanórán kívüli testmozgás témájú módszertani segédanyag kifejlesztése.

– Egészséges táplálkozás témájú módszertani segédanyag kifejlesztése.

– Bizonyíték-alapú teljeskörű iskolai egészségfejlesztési koncepció megalkotása.

– Online platform létrehozása, mely

– a fenntartási időszakban is támogatja a szakmai/szakmaközi konzultációt,

– naprakész információkat szolgáltat az egész-





TOVÁBBKÉPZÉS

séggel kapcsolatos ismeretek elsajátításához, bővítéséhez,

- lehetővé teszi a tanulók fejlődésének monitorozását,
- lehetővé teszi az iskolai szakemberek egészségfejlesztési tevékenységeinek támogatását, nyomon követését.

JEGYZET

1. A programokat 18 megyében minimum 288 (ezen belül megyénként legalább 10) oktatási-nevelési intézményben, Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből legalább 15, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből minimum 12 feladat-ellátási helyen szükséges megvalósítani.





Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – III. rész

Egészségfejlesztési cselekvési terv kidolgozása az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére Sellye kistérségben A „Szülő Klub Program” és a „Szivacskezilabda Program” megvalósítása

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársai:

Dr. Koós Tamás szakmai vezető, Fekécs Éva védőnő, Járomi Éva projektasszisztens, Lőrík Eszter projektmunkatárs, Taller Ágnes projektkoordinátor

A helyi szakértők:

Dr. Barta Ildikó háziorvos, Gáspár Katalin kistérségi animátor, Frank Mártonné védőnő, Dr. Kovács Katalin házi-gyermekorvos, Mészáros Éva mentor, Pandur Csilla regionális mentor, Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület

Bevezető

Folyóiratunk korábbi lapszámaiban bemutattuk az Európai Bizottság társfinanszírozásában megvalósult ACTION-FOR-HEALTH projektet, melynek keretében – a Magyar Máltai Szeretetszolgálat, egy helyi szakértői munkacsoport, valamint az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) együttműködésében – elkészült a Sellye kistérségre szabott, az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését célzó egészségfejlesztési cselekvési terv. Jelen tanulmányunkban bemutatjuk a cselekvési terv két programját, melyeket a helyi szakértői munkacsoport a projekt által biztosított támogatásból valósított meg. A programok

megvalósítását – a projektidőszakon belül – külső szakértők, a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézetének munkatársai (Busa Csilla, Dr. Tistyán László, Dr. Füzesi Zsuzsanna) értékelték, a megvalósításban résztvevő helyi szakértők, valamint a programokon megjelent szülők együttműködésével.

A cselekvési terv két, megvalósítandó intézkedésének kiválasztása

A két programot a helyi munkacsoport üléseinek keretében választottuk ki, a cselekvési terv célrendszerében összegyűjtött gyakorlati intézkedések megvalósíthatósá-



Jelen tanulmány az ACTION-FOR-HEALTH projekt keretében készült, mely az Európai Uniótól az Egészség Program keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmányért való kizárólagos felelősség a szerzőt terheli. Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége nem vállal felelősséget a tanulmányban szereplő információk felhasználásáért.

A tanulmány szerkesztése 2013 novemberében zárult le.

Az ACTION-FOR-HEALTH projektet – melynek célja, hogy az egészségfejlesztés eszközeivel csökkentse az egészség-egyenlőtlenségeket, s így javítsa a lakosság egészségét, emelje életszínvonalát – 2013/4. lapszámunkban mutattuk be.

A tanulmány első részét folyóiratunk 2013/5–6., második részét 2014/1–2. számában olvashatták.





gának és várható eredményességének megvitatásával. A munkacsoport tagjai által kidolgozott programjavaslatok ötvözetéből létrejött egy új – a munkacsoport minden tagja által támogatott – program, az ún. „Szülő Klub”, valamint a gyermek célcsoport közvetlen elérésére született programjavaslat, az ún. „Szivacskezilabda csapatok alakítása”.

A két program kiválasztása a szakértők egyöntetű javaslata alapján, a helyi igények, valamint a rendelkezésre álló erőforrások, szakmai kapacitások mérlegelésével történt.

A sikeres megvalósítás érdekében a szakértői munkacsoport a helyi egészségügyi, szociális, oktatási ágazat, illetve sportegyesületek szakembereivel vette fel a kapcsolatot és alakított ki együttműködést. A gyakorlati megvalósításban hatékony segítséget és támogatást nyújtottak a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület helyi munkatársai.

I. A Szülő Klub Program

A program célja a szülők egészségtudatos magatartásának formálásán keresztül gyermekeik, illetve családjuk egészségesebb életmódjának elősegítése, valamint a szülőknek történő segítségnyújtás abban, hogy saját életüket és egészségüket pozitív irányba befolyásolják, illetve gyermekeiknek is átadják a foglalkozásokon megszerzett ismereteket.

A célcsoportot az óvodás- és kisiskolás korú, hátrányos helyzetű gyermekek szülei alkották.

A helyi szakértők a halmozottan hátrányos helyzetű családokat érintő problémák alapján az alábbi Szülő Klub-témaköröket határozták meg:

- Alapvető egészségügyi ismeretek, a légúti megbetegedések megelőzése és kezelése gyermekkorban
- Táplálkozási, szájhigiéniai ismeretek
- Gyermeknevelési problémák, tanácsok
- Ortopédiai elváltozások, tornagyakorlatok tanítása
- „Gazdálkodj okosan!”/Szenvedélybetegségek következményei (családi háztartás-gazdálkodás, a szenvedélybetegségek következményei a családi költségvetésre).

A meghatározott 5 témakörben három térségi településen: Magyarmecskén, Sellyén és Vajszlón, összesen 15 alkalommal interaktív előadásokkal egybekötött gyakorlati foglalkozásokat rendeztünk 2014 februárja és júniusa között. A foglalkozások szervezői és előadói a helyi munkacsoport szakemberei voltak, valamint esetenként meghívott előadók és segítők is részt vettek az egyes foglalkozások lebonyolításában. Egy-egy foglalkozás alkalmanként kb. két órát vett igénybe.

A Szülő Klub Program egyes témáinak tartalma

1. ALAPVETŐ EGÉSZSÉGÜGYI ISMERETEK, A LÉGÚTI MEGBETEGEDÉSEK MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE GYERMEKKORBAN

A foglalkozás témája a rendszeres tisztálkodás fontossága, a lázcsillapítás, a betegségek megelőzése, felismerése, az orvoshoz való fordulás szükségességének kérdése volt. A foglalkozást védőnő és/vagy háziorvos tartotta, melynek végén egészségügyi csomagot osztottak ki a résztvevők között.

2. TÁPLÁLKOZÁSI, SZÁJHIGIÉNIAI ISMERETEK

A foglalkozás programjában szerepelt az egészséges táplálkozás legfontosabb elemeinek ismertetése, egészséges ételek receptjeinek megismertetése, az ételek közös elkészítése, valamint a táplálkozást követő fogmosás és szájápolás fontosságának hangsúlyozása, a helyes fogmosási technika elsajátítása a résztvevők aktív részvételével.

3. GYERMEKNEVELÉSI PROBLÉMÁK, TANÁCSOK

A helyi szakemberek beszámolója szerint a hátrányos helyzetű családokban az életvitel számos területén, így a gyermeknevelésben is gyakran megfigyelhető a következetesség teljes hiánya. Ez sok esetben a gyermekek magatartászavaraiban, helytelen viselkedésében jelenik meg, ezekre a nehéz helyzetekre nyújtott néhány alapvető információt és technikát a foglalkozás.

4. ORTOPÉDIAI ELVÁLTOZÁSOK, TORNAGYAKORLATOK TANÍTÁSA

A lúdtalpasság és a hanyagtartás, később gerincferdülés problémája már egészen korán, óvodáskorban megjelenik, azonban különböző tornagyakorlatokkal ekkor még könnyen orvosolható. Ezeket a gyakorlatokat a gyógytornász megmutatta és megtanította a foglalkozásokon résztvevő szülőknek, akik azután otthon, gyermekeikkel gyakorolhatják a tanultakat. A foglalkozás pozitív eredménye a mozgás élményének közös megélése a szülők és gyermekek között.

5. „GAZDÁLKODJ OKOSAN!” (SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KÖVETKEZMÉNYEI)

A foglalkozás ebben a témakörben a hátrányos helyzetű családoknál gyakran előforduló adósságspirál problémájának megelőzése és megszüntetése miatt szükséges. Egyes családok sajnos nem képesek segítség nélkül, önál-





lóan megbirkózni ezzel a problémával, melynek gyakran okozói vagy következményei a családban megjelenő szenvedélybetegségek (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, játékszenvedély).

Részvétel a Szülő Klub programokon

A hátrányos helyzetű szülők foglalkozásokon való részvételének elérése volt az egyik legnehezebb feladat. A helyi szakértők eddigi tapasztalatai alapján a leghátrányosabb helyzetű réteg a legpasszívabb, legkevésbé mobilizálható. A helyi lakosság részvételének ösztönzése érdekében a munkacsoport tagjai meghívókat helyeztek ki a környező településeken, valamint – lehetőségeikhez mérten – személyesen is invitálták a lakosságot.

A résztvevők számára minden alkalommal a foglalkozások témájához illő, tematikus ajándékot (fogkefe, fogkrém, naptár, társasjáték, lázmérő, stb.) biztosítottunk, valamint a szervezők szendviccsel, pogácsával is megvendégelték őket. A munkacsoport tagjai tájékoztató anyagot is készítettek a gyermekbetegségek és a táplálkozás témájában, melyet a foglalkozások alkalmával kiosztottak.

A környező településeken élő szülőket falubuszok segítették a klubhelyszínre való eljutásban. A helyi beszámolók alapján a résztvevők jól érezték magukat a foglalkozásokon, aktívak és együttműködőek voltak, valamint kifejezték hasonló programokra való igényüket is.

A Szülő Klub Program eredményei

A 15 klubfoglalkozáson összesen 417 fő vett részt, ez átlagosan 27,8 főt jelentett rendezvényenként. A legtöbb érdeklődőt (95 fő) a „Gyermekevelési problémák, tanácsok” témaköre vonzotta.

A klubeseményeken összesen 98 szakember jelent meg, egy részük egyfajta „szakmai továbbképzésként” is tekintett a foglalkozásokra. A szakmai megvalósítók legfontosabb javaslata az volt, hogy – a hatékonyság növelése érdekében – egy-egy témakört több foglalkozás keretében, alaposabban is fel kellene dolgozni.

Az előadók által összeállított beszámolók alapján a foglalkozások jó hangulatban zajlottak, egy-két kényesebb témától eltekintve sikerült elérni a szülők valóban aktív részvételét.

A szülők szerint mindhárom helyszínen, mindegyik téma esetében érthető volt az előadás, szinte mindannyian úgy gondolták, hogy mindennapjaikban is használható a foglalkozásokon megszerzett tudás. A szülők máskor is szívesen részt vennének hasonló programokon, főként, ha a foglalkozásokra való eljutás megoldott lenne (pl. falubusszal). A legtöbb szülő a táplálkozás és a gyermeknevelés terén vezetett be változtatásokat (pl. édességek visszaszorítása, következetesség, stb.).

II. Szivacskezilabda Program

A program célja az általános iskolás gyermekek (elsősorban a legföggékonyabb, 6–14 éves korosztály) fizikai aktivitásának ösztönzése és csapatmunkára való hangolása. A célcsoport elérése és a program szakszerű megvalósítása érdekében a szakértői munkacsoport felvette a kapcsolatot a *Baranya Megyei Kézilabda Szövetséggel (BMKSZ)*, mellyel az *OEFI* partnerségi megállapodást kötött.

A szivacskezilabdáról röviden

A szivacskezilabda – a babzsák mellett – már 4–5 éves kortól kiváló eszköz egyes óvodai játékokon, valamint iskolai előkészítő foglalkozásokon. Kiváló ügyességfajlesztő, viszonylag hangtalan, könnyű pattintása nem ad zavaró hangot, nem zúz ablakot és nem okoz sérülést, a legkisebb termekben, folyosókon is lehet használni. A szivacskezilabda megfizethető áron kerül forgalomba, így kistelepülések iskolái is jól alkalmazhatják.

A Szivacskezilabda Program szervezése, lebonyolítása

A *BMKSZ* és a munkacsoport egyik tagja – az *OEFI* koordinálásával és a helyi testnevelő tanárok közreműködésével – felhívást juttatott el a térség összes általános iskolájába. A partnerségi megállapodás értelmében a szövetség egy térségi koordinátort, valamint edzőket biztosított, akik a testnevelő tanárok számára bemutatóedzéseket tartottak. A bemutatóedzés alapján az önként jelentkező gyermekeknek a tanítási időn kívül (esetenként testnevelési óra keretében) tartottak edzéseket.

Az újonnan szerveződött iskolai szivacskezilabda-csapatok számára – a program záróakkordjaként – területi szivacskezilabda-bajnokságot rendeztek (*I. Ormánság Szivacskezilabda Kupa*), ahol a csapatok összemérhették erejüket.

A helyi beszámolók alapján a gyermekek lelkesek voltak, örömmel vettek részt a foglalkozásokon, és igényelték a rendszeres edzéseket.

A Szivacskezilabda Program eredményei

Összesen 6 településen szerveztek szivacskezilabda csapatokat és tartottak edzéseket: 3 településen heti két alkalommal, testnevelési óra keretében, 3 településen pedig szintén heti két alkalommal, külön edzés formájában.

Összességében 100–160, 1–3. osztályos gyermek vett részt az edzéseken, alkalmanként átlagosan 10–20 fő.





A Szivacskezilabda Program szakmai hatékonyságát az edzők, a testnevelő tanárok és tanítók magasnak ítélték, azzal együtt is, hogy a szakmai megvalósítóknak számos problémával kellett megküzdeniük (pl. tornaterem, sportpálya, sportruházat hiánya, a gyermekek számára ismeretlen sportág, stb.).

A tanárok és edzők véleménye szerint a program abban a tekintetben volt a legeredményesebb, hogy a gyermekek megtapasztalták a közös játék örömet, így felmerült az igény a további együttes játékra. A tanárok és edzők, valamint a szülők egybehangzó véleménye szerint a gyermekek szerettek edzésre járni, és megkedvelték ezt a sportot. A relatív legkisebb előrelépést a játékszabályok elsajátításában tapasztalták (ez utóbbi eredmény esetében figyelembe kell venni azt is, hogy az iskolák egy része nem rendelkezik a szabályos, kétkapus játékhoz szükséges méretű pályával).

A tanárok és edzők úgy értékelték, hogy a gyermekek részéről igény mutatkozik további sportfoglalkozásokra és általában a rendszeres testmozgásra, azaz a program elérte azt a célkitűzést, hogy megfelelő alapjául szolgálhat későbbi hasonló programoknak.

A szülők egyöntetűen úgy tapasztalták, hogy gyermekek szívesen jár szivacskezilabdázni, és úgy gondolják, hogy továbbra is folytatni szeretné ezt a sportot, melyet ők maguk is támogatnak.

A projekteredmények fenntarthatósága

A helyi szakmai munkacsoport tagjai a közös munka során felismerték, hogy eredményesen tudnak együtt dolgozni. Az együtt töltött munka pozitív tapasztalatai alapján úgy döntöttek, hogy létrehoznak egy civil szervezetet, így 2014-ben megalakult *Civil Egyesület a Sellyei Kistérségben Élők Szociális, Egészségügyi és Oktatási*

Egyenlőtlenségeinek Csökkentéséért (SZEÖ), mely elkezdte a projekt keretében megvalósult programok folytatása iránt.

A Szivacskezilabda Program folytatására további lehetőség is nyílt. A *Sellyei Sportkör* jelezte, hogy megnyertek egy pályázatot, így kistérségi kétfordulós szivacskezilabda-kupát rendezhetnek. A *BMKSZ* és a *Sportkör* egyetért abban, hogy érdemes a két programot összehangolni. A *Horvát Kisebbségi Önkormányzat* és a *Győri ETO Kézilabda Klub* utánpótlásnevelési programja is érdeklődését fejezte ki a program folytatása iránt.

A projekt közvetlen eredményeként elmondhatjuk, hogy új, közösségi alapú, helyi kapacitásépítés zajlott. A különböző ágazatok (egészségügyi, szociális, oktatási) helyi szakemberei a közös munka során, az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése érdekében szorosabb kapcsolatba kerültek egymással, szélesebb körű szakmai hálózatot építettek ki, mozgósították szakmai kapcsolati tőkéjüket. A programok eredményeit egy záróesemény alkalmával a helyi közösség számára is bemutattuk.

A programok sikerében elengedhetetlen tényező volt a helyi szakértői munkacsoport kitartó, magas színvonalú, kreatív munkája és a programok szervezésekor és lebonyolításakor tanúsított rugalmas hozzáállása, továbbá a *Magyar Máltai Szeretetszolgálat*, valamint *Nagy Attila* sellyei polgármester és a térség további döntéshozóinak támogatása.

IRODALOM

Busa Csilla–Dr. Tistyán László–Dr. Füzesi Zsuzsanna: *Értékelés az ACTION-FOR-HEALTH projekt „Szülő Klub” és „Szivacskezilabda csapatok alakítása” című programelemeinek megvalósításáról*. Pécs, 2014. július



Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló

Csizmadia Péter, Dr. Varsányi Péter, Ferencz Mihály,
Vitrai József PhD.

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló bemutatásának ötletét egy 2015 februárjában, a *Lancet* című folyóiratban megjelent közlemény (1) adta, mely az egészséges táplálkozás kormányzat általi támogatásának lehetőségeit taglalta. Ezt továbbgondolva készült ábránk, mely az egészségbarát viselkedés kialakulásában szerepet játszó szereplőket, a közöttük fennálló főbb kapcsolati irányokat, és az azokat pozitív irányba befolyásolni képes hatásokat mutatja be (1. ábra).

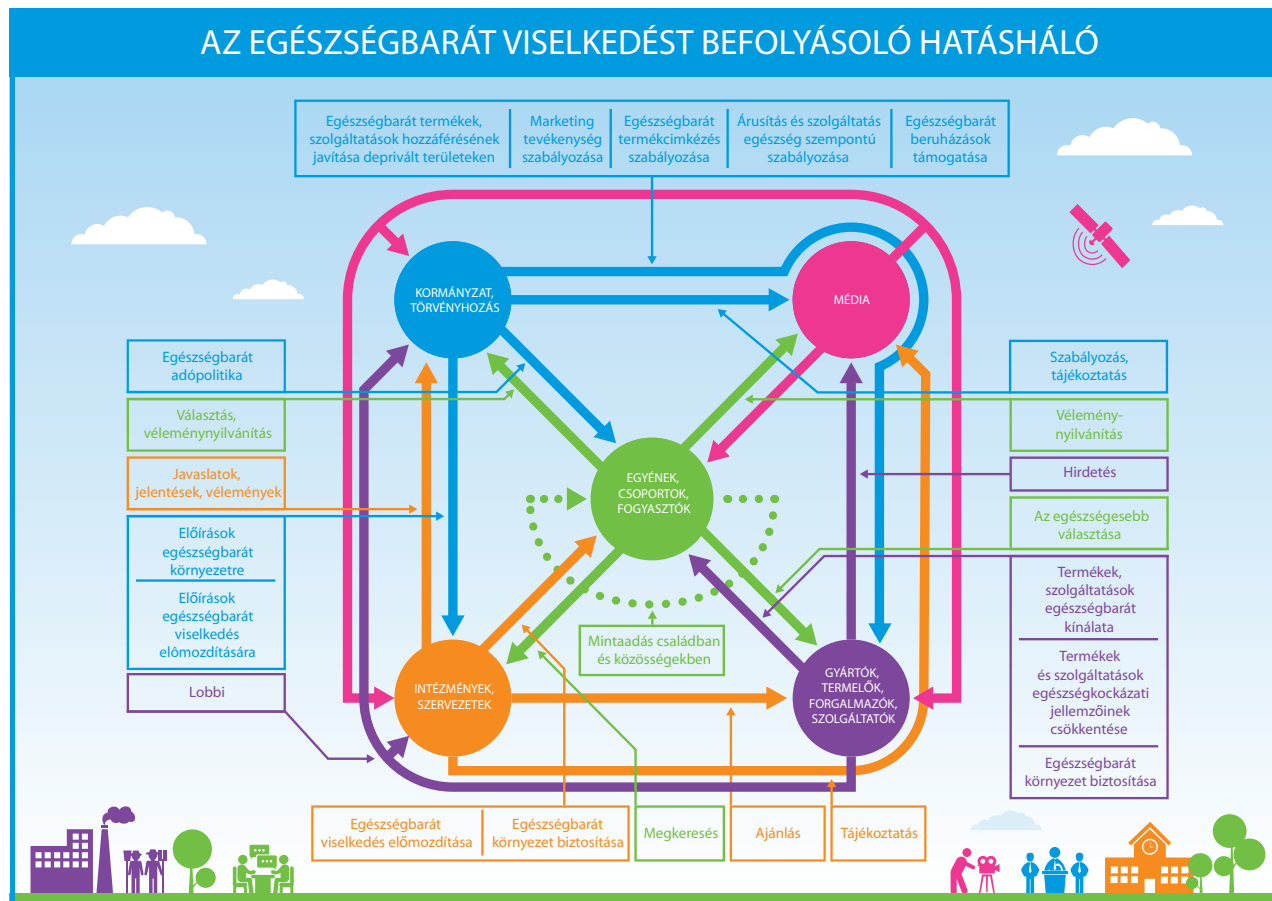
Az ábra megértéséhez elengedhetetlen az egészségbarát viselkedés kialakításában résztvevők pontosabb leírása. A kormányzat, törvényhozás csoportba nem csak a közigazgatást irányító szervezetek, hanem a helyi önkormányzatok is beletartoznak. Az intézmények, szervezetek megnevezés főként az államigazgatási, egészségügyi, oktatási intézményeket és nonprofit szervezeteket takarja; a gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók közé pedig valamennyi, ilyen tevékenységet végző csoport – tehát például az egészségügyi szolgáltatók is – beleértendő. A média a kommunikációs tevékenységet végző szereplők összefoglaló megnevezése. Az egyének, csoportok, fogyasztók magukban foglalják például a családot, a lakó-, a munkahelyi és a vallási közösségeket is.

A kormányzat, törvényhozás főként jogszabályok, szabályozások, irányelvek segítségével ösztönözheti egészségbarát viselkedés kialakítására a rendszer többi szereplőjét. Az egyének, csoportok, fogyasztók pozitív irányú viselkedésváltoztatását például egészségbarát adópolitikával, azaz az egészségkockázatot jelentő

termékek adójának emelésével, vagy az egészségbarát termékek adójának csökkentésével segítheti elő. Az adóemelésre hozható példaként a közelmúltban bevezetett népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény. Az adó hatálya alá tartozó élelmiszerek kiemelt összetevői (cukor, só) bizonyítottan kedvezőtlenül befolyásolják az egészségi állapotot, nem alapvető élelmiszerek, és más, kedvezőbb összetételű termékkel helyettesíthetők. Nem szabad azonban elfelejtenünk az adópolitika másik irányát, mely a megfelelő hatás kialakításához ugyancsak szükséges: az egészségbarát termékek adóterhének csökkentését.

Az egészségbarát környezet kialakítására és az egészségbarát viselkedés előmozdítására irányuló előírásokkal a kormányzat jelentősen befolyásolhatja az intézmények, szervezetek csoportjának viselkedését. Ilyen például a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI-rendelet, vagy az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVIII. törvény, mely előírja, hogy közhasználatú építmények esetében az építmény elhelyezése során mindenki számára biztosítani kell a biztonságos és akadálymentes megközelíthetőséget.

Az egészségbarát viselkedés előmozdítása főként az egészségügyi intézmények egészségfejlesztő munkájának eredményeként, vagy az oktatási intézményekben megvalósuló egészségfejlesztési tevékenység révén jöhet létre. Ilyen például a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendeletben előírt



teljes körű iskolai egészségfejlesztés is, melynek célja a megfelelő, egészségtudatos szemléletmód kialakítása, a gyermekek, tanulók (mindennapos) egészségfejlesztéssel összefüggő készségeinek, ismereteinek bővítése, viselkedésükbe történő beépítése, főként közösségépítő, egészségfejlesztési és testmozgással kapcsolatos programok segítségével.

A kormányzat ezen kívül a média segítségével is befolyásolhatja a többi szereplőt. A média megfelelő tájékoztatásával a kormányzati és nem kormányzati egészségbarát események, kezdeményezések egyaránt kiemelt publicitást kaphatnak. A kormányzat a médiában megjelenő tartalmakat szabályozhatja is: a nem egészségbarát termékeket reklámtiltalommal, vagy korlátozással sújthatja. A gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény például dohánytermékek esetében tiltja, míg alkoholtartalmú termékek esetében korlátozza a reklámot.

A kormányzat marketingtevékenységre vonatkozó szabályozása azonban nem csak a médiát, hanem a gyártókat, termelőket, forgalmazókat és szolgáltatókat is érintheti. Az egészségbarát termékcímkézés szabályozása is főként ezt a csoportot célozza, így közvetetten a vásárlók tudatos, egészségbarát választását segíti.

Ilyen beavatkozás lehet például a számítógépes játékok, a filmek korhatárbesorolása, vagy az élelmiszerek összetevőinek, allergén anyagainak kötelező feltüntetése a csomagoláson. Az Európai Parlament és Tanács a fogyasztók élelmiszerekkel kapcsolatos tájékoztatásáról szóló 1169/2011/EU rendelethez szerint „a tápérték-információk csomagoláson való kötelező feltüntetésének segítenie kell a népegészségügyi politika részeként a táplálkozással összefüggésben végzett tevékenységet, amely magában foglalhatja a lakosság táplálkozási ismereteinek növelését célzó, tudományos ajánlásokra épülő rendelkezéseket, és elősegítheti az élelmiszerek megfelelő információk alapján történő kiválasztását.” Szintén ezen szereplők befolyásolásán keresztül érheti el a kormányzat, hogy az egészségbarát termékek, szolgáltatások mindenki számára hozzáférhetővé váljanak. Ezt a célt szolgálja például a Praxisprogram, mely a betöltetlen háziorvosi praxisok számának csökkentésével növeli az alapellátáshoz való hozzáférést.

A kormányzat az egészségbarát beruházások támogatásán keresztül is befolyással lehet a gyártók, termelők, forgalmazók és szolgáltatók viselkedésére. Kiemelten segítheti például a rekreációs céllal használható sportlétesítmények építését; olyan beruházások megvalósítását,

melyek – a környezetvédelem szempontjait figyelembe véve – megújuló energiaforrások felhasználásával csökkentik a környezeti szennyezéseket; vagy olyan munkahelyek létesítését, melyek a munkavállalók aktív munkába járásának feltételeit biztosítják (pl.: kerékpártároló, öltöző építése, stb.).

A kormányzat az árusítás és szolgáltatás egészség-szempon-tú szabályozásán keresztül is befolyásolhatja az egészségbarát viselkedést. Erre jó példa lehet a dohányzásra és az alkoholtartalmú italokra vonatkozó szabályozás a vendéglátásban, vagy a kereskedelemről szóló 2005. évi CLXIV. törvény, mely kimondja, hogy amennyiben a kereskedő tevékenysége – külön jogszabályban meghatározott – veszélyes mértékű környezeti zajjal jár, az üzlet környezetében, illetve a kereskedelmi tevékenység hatókörében lakók egészséges életkörülményeinek és pihenéshez való jogának biztosítása érdekében a kereskedelmi tevékenységet korlátozható.

Az intézmények, szervezetek is valamennyi szereplővel kapcsolatban állnak, azonban beavatkozási lehetőségük sokkal változatosabb, mint a kormányzat esetében. A kormányzat munkáját egyrészt javaslatok, vélemények megfogalmazásával tudják segíteni, másrészt – a kormányzat előírásainak eleget téve – egészségbarát környezetet biztosíthatnak az ott dolgozóknak vagy tanulóknak, és egészségbarát viselkedést előmozdító programokat valósíthatnak meg.

Az első esetre jó példa a minisztériumi háttérintézmények működése, melyek – többek között – a jogszabályok érvényesülését hatósági ellenőrzéssel, állapotfelméréssel, szakmai anyagok véleményezésével segítik, valamint javaslatot tesznek a szakterület fejlesztésére irányuló változtatásokra.

Másodsorban az intézmények és szervezetek dolgozói számára egészségbarát fizikai és társas környezetet biztosíthatnak – például az aktív munkába járás feltételeinek biztosításával, vagy az ergonomikus, biztonságos iskolai környezet kialakításával.

Harmadrészt az egészségbarát viselkedés elősegítéséhez különböző szintereken, különböző korcsoportoknak szóló egészségfejlesztési programokat valósítanak meg. A lakóhelyhez közeli egészségfejlesztés támogatása, a közösségi és egyéni egészségtervek kidolgozásának segítése, az egészségfejlesztési tevékenységet végző körházak kialakítása szintén ezen irányba mutat.

Az intézmények mindennapi munkájuk során szakmai ajánlásokkal hívhatják fel a gyártók, termelők, forgalmazók és szolgáltatók figyelmét az egészség-szempon-tok figyelembevételére. Ilyen lehet az iskolai büfék árukínálatára vonatkozó, a biztonságosabb munkahelyek kialakítását célzó, vagy az aktív munkába járást segítő ajánlás. Az intézmények, szervezetek fentebb felsorolt tevékenységének minél szélesebb körben való megisme-

résében, az üzenetek mindenki számára való eljuttatásában nyújthat segítséget a média közvetlen tájékoztatása az egészségbarát kezdeményezésekről, ajánlásokról.

A gyártók, termelők, forgalmazók és szolgáltatók lob-bitevékenységgel kísérhetnek meg hatást gyakorolni a számukra kedvező jogszabályok, szakmai ajánlások és programok megalkotására. Tevékenységük eredményeképpen elérhetik az egészségbarát termékek árusításának, forgalomba hozatalának, szabályozásának kedvező irányú befolyásolását, mely segítségükre lehet az egészségbarát termékek és szolgáltatások kínálatának bővítésében. A médiában megjelenő hirdetésekkel is hasonló hatást érhetnek el, egészségbarát termékeiket népszerűsítve növelhetik a keresletet, és segíthetik a fogyasztókat az egészségesebb választásban. Az egészségbarát kínálat kialakítását sok esetben a forgalmazók is saját érdeküknek érzik, sőt, előfordulhat, hogy ennek elérése céljából önszabályozó mechanizmusokat léptetnek életbe. Számos esetben egyes üzletek vállalták, hogy a sós, édes és magas energiatartalmú ételek helyett zabbpelykeket, gyümölcsöket és gyümölcsleveket helyeznek el az üzletek kiemelt polcain. Feltételezhető azonban, hogy a vásárlók egyre egészségtudatosabbá váló kereslete is nagymértékben hozzájárul a kínálati oldal változásához, így az egyének egészségesebb választásukkal befolyásolják a kínálatot.

Nem csak az egészségbarát kínálat növelésével, hanem az egyes termékek és szolgáltatások egészségkockázatának csökkentésével is segíthetik a gyártók, termelők az egészségbarát viselkedés kialakulását. Erre jó példa lehet a különböző sport védőfelszerelések elterjedése, fellépés a bizonyítottan hatástalan vagy káros „szokások” ellen, vagy akár az előbb említett forgalmazói önszabályozási mechanizmusok. A gyártók, termelők, forgalmazók és szolgáltatók saját munkavállalók számára biztosított egészségbarát környezettel – munkahelyi egészségprogramokon való részvétellel, az aktív munkába járás támogatásával – is segíthetik az egyének, munkaközösségek egészségbarát viselkedésének kialakulását.

Az ábrán is jól látható, hogy az egészségbarát viselkedés befolyásolása során a média közvetítő szerepe megkerülhetetlen, vele minden szereplő kölcsönös kapcsolatban áll. A média segíthet az egyes szereplők egyéni hatásának felerősítésében, szélesebb befogadói körhöz való eljuttatásában. A média közvetlen szerepe, hogy – az új és hagyományos kommunikációs eszközök használatával, párbeszéd kialakítására törekedve – az egészségbarát tartalmakat a lakosság felé eljuttassa.

Végül, de nem utolsósorban az egészségbarát viselkedés befolyásolásában az egyének, csoportok, fogyasztók is fontos aktorként jelenhetnek meg, hiszen – ahogyan az ábráról is leolvasható –, nem csak passzív szereplőként vannak jelen, hanem aktív szerepet játszanak, a többi szereplővel folyamatos interakcióban vannak, sőt, a cso-



port a közösségben történő *mintaadás* révén önmagára is hatással van. Ilyen közösségi minták lehetnek a családi szerepek, vagy az alulról szerveződő tevékenységek, mint például a szabadidős rendezvények, társas körök, közösségi kertek. A társas támogatás erősítésén túl ezek fontos szerepet töltenek be az egyének motivációinak és lehetőségeinek növelésében, az egyén egészségérzetének javításában. Az egyének a kormányzatot és a törvényhozást szabad *véleménynyilvánítással*, rendezvényeken, politikai választásokon való *részvétellel* tudják befolyásolni, és az egészségbarát viselkedés irányába terelni. Véleményüknek a média felhasználásával, illetve az intézmények és szervezetek *megkeresésével* közvetett módon nagyobb hangsúlyt is tudnak adni. Ahogyan korábban is említettük, az egyének és csoportok az *egészségesebb termékek választásával*, a kereslet alakításával komolyan befolyásolják a gyártók, termelők, forgalmazók és szolgáltatók csoportját, így a hatásos viselkedésváltoztatás egyik legfontosabb mozgatórugói.

A magyar lakosság igen kedvezőtlen egészségmutatói ismeretében már hosszú évek óta magas szintű politi-

kai figyelem irányul a népegészségügyre, melynek következtében – ahogyan azt a fenti példák is illusztrálják – számos jelentős beavatkozás, jogszabályváltoztatás, intézkedés történt. A beavatkozások egyértelműen pozitív hatásai azonban a magyar egészségadatokban még mindig nem mutatkoznak.

Ennek magyarázatként feltételezhető, hogy a beavatkozások nem egy irányba hatottak, időben eltértek, és nem a problémák valódi okaira irányultak. Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló ismeretével, a szereplők közötti kölcsönhatások figyelembevételével azonban ez a negatív tendencia megállíthatónak látszik. A bemutatott ábra szereplőinek együttes, egy időben, egy irányba ható interakciójával vélhetően rövid idő alatt is számottevő eredményeket érhetünk el az egészségbarát viselkedés kialakításában Magyarországon.

IRODALOM

1. Hawkes, C. et al.: „Smart food policies for obesity prevention.” In: *The Lancet*, published online, 2015. február 19.



Az egészségtudatosság néhány elemének vizsgálata kőbányai vendéglátóipari intézményekben

Dr. Huszka Péter PhD., egyetemi docens,¹
Dernóczy Polyák Adrienn,¹ Huszkáné Pénzes Adél²

¹Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék, Győr

²Széchenyi István Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Győr

Bevezetés

Az egészségi állapot hazai romlása az 1960-as évek közepe óta tart, ennek következtében egyre jobban leszakadunk a fejlett egészségi kultúrájú – elsősorban nyugat-európai – országoktól. A népesség egészségi állapota annál is rosszabb, mint ahogyan az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne.

A túlzott alkoholfogyasztás fontos társadalmi probléma hazánkban. Az alkohol hosszú évszázadokon át a házipatikák része volt, hiszen értágító hatása miatt tünetenyhítőként, szorongásoldó hatása miatt nyugtatóként volt használatos.

Napjainkra az alkohol az ünnepek, a társas összejövetelek szinte elengedhetetlen kelléke, az otthonokban pedig a jólét, a modern életforma jelképe. Az alkoholt széles körű hozzáférhetősége, fogyasztásának társadalmi elfogadottsága és a társadalom kettős mércéje teszi igazán veszélyessé. Míg a kábítószeres terjedésének gátat szab viszonylag magas beszerzési költségük és büntetőjogi megítélésük, ugyanez az alkoholizmus terjedésére abszolút nincs hatással.

Anyag és módszer

A kutatás feladata annak megállapítása volt, hogy a Budapest X. kerületében, Kőbányán lakók milyennek ítélik meg egészségi állapotukat. Nem kevésbé fontos, hogy

a szűkebb lakókörnyezetünkben élők egészségtudatosságáról, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásairól is adatokat nyerjünk.

Jelen vizsgálat több lépcsőben zajlott, eredményei a kerületben élők, ott vendéglátóhelyekre járók véleményét mutatják be.

A szórakozóhelyek kiválasztását a minta megbízhatósága érdekében véletlenszerű mintavétellel végeztük. (Sajnos ez nem mindig sikerült, ugyanis a vendéglők tulajdonosai több esetben nem járultak hozzá ahhoz, hogy vendégeiket megkérdezzem.) Az ún. „véletlen séta” (*random walking*) módszerének alkalmazásával minden vendéglátóipari intézménynek egyenlő esélye volt a mintába való bekerülésre. A célszemély kiválasztása az üzleten belül „önkéntesen” történt, így a mintavétel annak ellenére nem tekinthető reprezentatívnak, hogy a tíz vendéglátóipari intézményben az adott időpontban jelenlévő összes, ott tartózkodó vendéget megkérdeztük, hogy hajlandó-e részt venni a kutatásban. A jelenlévők közül 89 fő töltötte ki a kérdőívet. (Ez ugyanakkor jó aránynak tekinthető, hiszen a kitöltési arány meghaladta a 35%-ot).

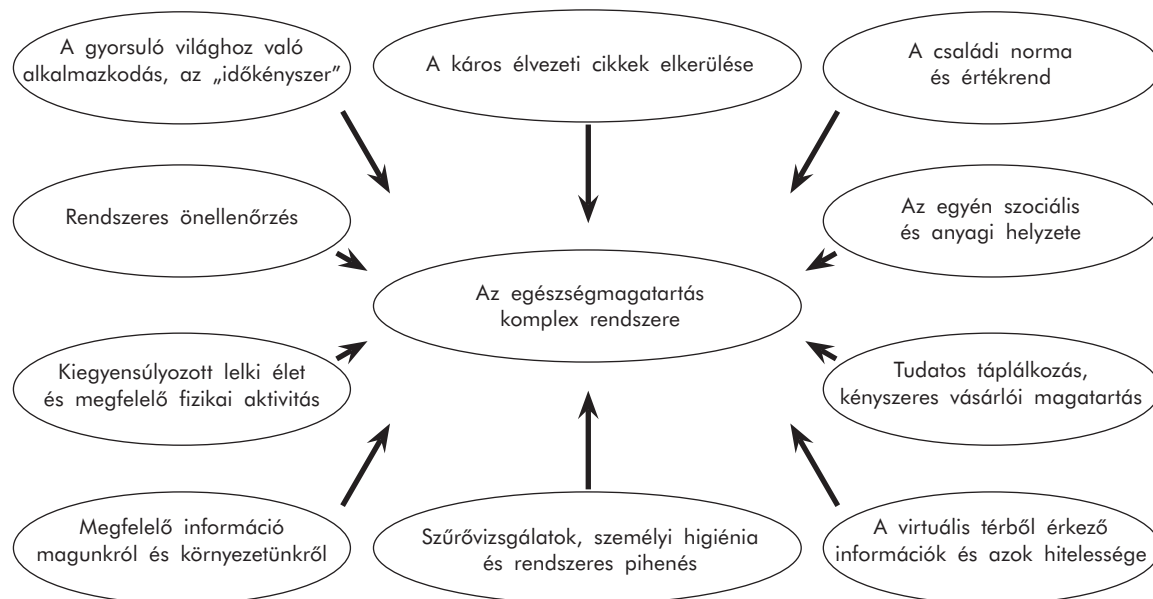
A kutatás során figyelembe vettük Svéhlik (2006) ajánlását is: „*Napjaink bonyolult világában már minden szakterületet csak interdiszciplinárisan szabad elemezni... Csak így érhetünk el igazán fajsúlyos kutatási eredményeket*”.

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Huszka Péter, Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék. Postacím: 9026 Győr, Egyetem tér 1. Telefon: +36-96-503-489. E-mail: huszkap@sze.hu



1. ábra

Az egészségmagatartás komplex rendszere

Harris és Guten munkája alapján saját kutatás és szerkesztés.

Huszka P. (2012 a): „Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata a 12–16 évesek körében.” In: *Egészségfejlesztés*, 53 (4), 9–15.

Harris D. M., Guten S. (1979): „Health protecting behaviour: An exploratory study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 20: 17–29..

Eredmények és értékelésük

A kutatás célkitűzéseinek és a vázolt módszertani logikának megfelelően elsőként a szekunder, másodikként a primer piackutatás eredményeit mutatjuk be.

Először tekintjük át, milyen tényezőkből áll az egészség, az egyén egészségmagatartása, s melyek ennek elemei. A jó egészségi állapot ugyanis nem csak az egyén, hanem a társadalom érdeke is, hiszen az egyén munkakerőként a termelési folyamat fontos eleme, így egészségének megőrzése a társadalom alapvető feladata.

Az egészségmagatartás és egészségtudatosság és elemei

Baum, Krantz és Gatchel (1997) szerint *egészségmagatartás, egészségtudatosság* minden olyan viselkedés, mely hatással lehet egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk.

Harris és Guten (1979) szerint *egészségmagatartás* minden olyan cselekvés, melyet azzal a céllal végzünk, hogy egészségünket fenntartsuk vagy védjük, függetlenül aktuális egészségi állapotunktól és az adott viselkedés objektív hatékonyságától. Az egészségmagatartás legfontosabb elemeit az 1. ábra szemlélteti.

Jól látható, hogy az egészségmagatartás olyan komplex rendszer, melynek része a lelki egészség, a rendszeres testmozgás, a tudatos táplálkozás, a megfelelő személyi higiénia, a káros élvezeti cikkek elkerülése, valamint a rendszeres önellenőrzés, a szűrővizsgálatok igénybevétele is. Ercsey (2011) a szubjektív életminőség vizsgálatához kapcsolódóan hangsúlyozza, hogy az egészségkutatások fókuszált definíciója csak az életminőség egy, vagy néhány dimenziójára koncentrálnak.

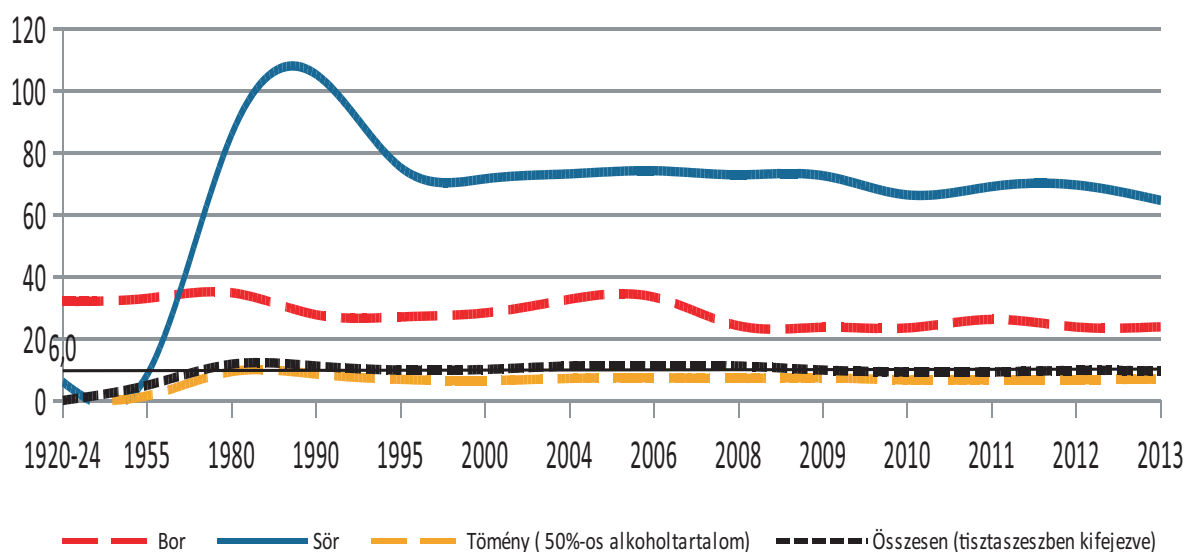
Az alkoholfogyasztás hazánkban és a világban

Az italfogyasztási szokások az idők folyamán sokat változtak. A középkorban Európa-szerte elterjedt volt a sör és a bor, míg a tea, a kávé és a kakaó a nagy földrajzi felfedezések után került az „ítallapra”. A gyümölcsből készült italok és az üdítők a 20. század második felének termékei. Hazánkban 1950-től publikálnak rendszeresen az alkoholfogyasztásra vonatkozó statisztikai adatokat, de szórványos és becslő adataink már a 18. századtól vannak. Valószínűsíthető, hogy az alkoholfogyasztás már ekkor igen jelentős mértékű volt. Ezen források alapján tehát feltételezhető, hogy az egy főre jutó alko-



2. ábra

Italfogyasztás Magyarországon (liter)



Forrás: KSH statisztikai évkönyvei (1970–2011), KSH Stadat adattáblák, Egészségügyi statisztikai évkönyv 2008–2011, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elelmfogy/elelmfogy13.pdf> Letöltés: 2015.08.03. <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/download/FB/FBS/E> alapján saját szerkesztés

holfogyasztás – különösen a tömény alkohol fogyasztása – hasonló volt, mint napjainkban.

A világ különböző országaiban az italfogyasztási szokások változatos képet mutatnak. Általánosságban elmondható, hogy a fejlett nyugat-európai országokban a fokozódó jólét már az 1950-es évektől átalakította az italfogyasztási szokásokat, így emelkedett az alkoholizáltak száma, valamint megnövekedett a tizenéves fiatalok alkoholfogyasztása, azaz az alkoholizmus komoly társadalmi problémává vált.

A Központi Statisztikai Hivatal 1990 óta minden évben megvizsgálja az egy főre jutó élelmiszer-, ital-, dohány- és tápanyagfogyasztást (2. ábra). Az adatok alapján megállapítható, hogy a hazai alkoholfogyasztás mennyisége és összetétele is kedvezőtlen. Az Európai Unióban élő felnőttek egy év alatt átlagosan 9,1 liter alkoholt isznak meg, ezt a hazai 9,5 liter közel 5%-kal haladja meg. Hasonlóan kedvezőtlen az egészségügyi szempontból kockázatos tömény szeszesitalok fogyasztásának az utóbbi években tapasztalható növekvő aránya is, különösen, ha annak mennyiségét néhány uniós tagországgal hasonlítjuk össze – míg 2013-ban hazánkban 6,9 liternyit, addig Ausztriában ennek a felét sem fogyasztották el.

Magyarországon évente körülbelül hárommillió hektoliter bor fogy, ebből 600 ezer hektolitert a termelő és csa-

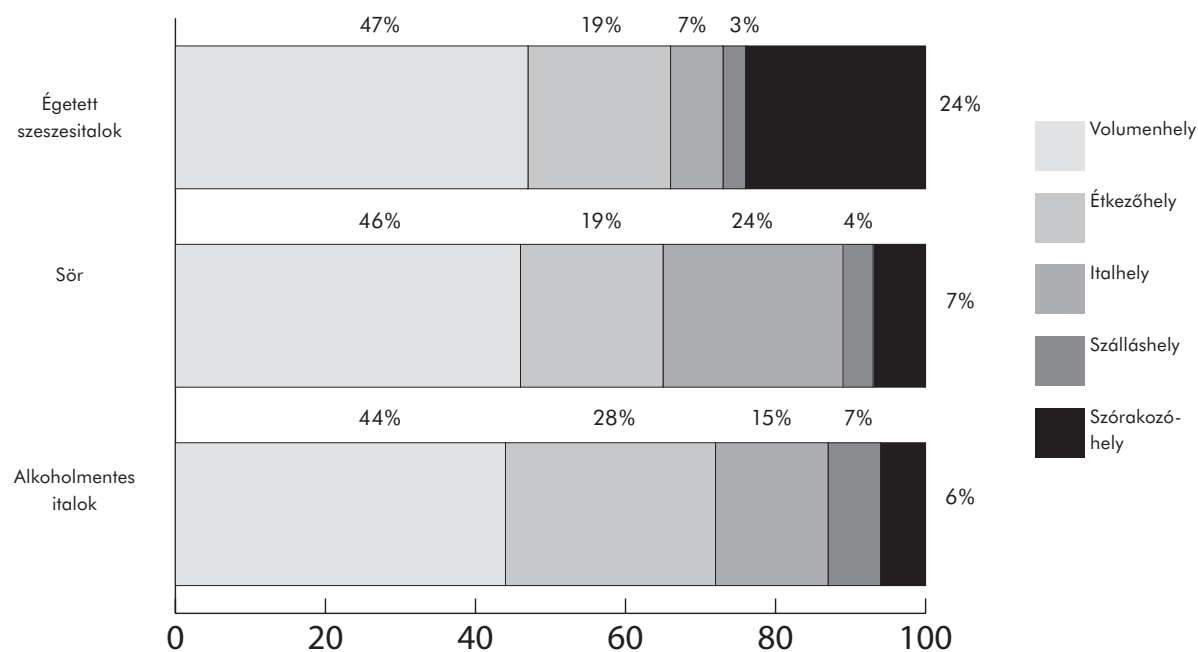
ládja fogyaszt el, vagyis nem kerül kereskedelmi forgalomba. Az 1,6 millió liternyi kannás bor eredete nem mindig igazolható, gyakori, hogy hamis bor kerül forgalomba. A termelők a minőségi borfogyasztást szorgalmazzák, egyelőre kevés sikerrel, mivel a hazai vásárlók zöme csak az olcsó bort tudja megfizetni (Kopcsay, 2001).

A 2. ábrán az is jól látható, hogy 1990-hez viszonyítva a borfogyasztásban 31%-os csökkenés figyelhető meg. A közel 24 literes egy főre jutó borfogyasztással Magyarország az Európai Unióban a 8. helyen áll, míg a sörfogyasztás mennyisége nem éri el az uniós átlagot sem. A borfogyasztás csökkenésének egyik feltételezhető oka a fogyasztási szokásokban megjelenő változás lehet, mivel – különösen a fiatalok körében – jelentősen megnövekedett a röviditalok fogyasztásának aránya.

A sörfogyasztás mennyiségi csökkenésének elemzésekor azt is figyelembe kell vennünk, hogy időközben a sörök alkoholtartalma nőtt, így a csökkenést már csak jelképesnek tekinthetjük. A KSH adatai rávilágítanak arra is, hogy a „lakosság szeszesital-fogyasztásának szerkezetében a 2000 óta első helyen álló sört – fokozatosan növekedve – 2013-ban beírta az egészségügyi szempontból kockázatosabb tömény szeszesitalok aránya (35%), részesedésük megegyezik, míg a boré 5 százalékponttal elmaradt ezektől”.



3. ábra

**Az egyes italkategóriák megoszlása különböző vendéglátóipari helyeken
2006 december és 2007 novembere között**

<http://www.marketinginfo.hu/tanulmanyok/essay.php?id=1401>, alapján saját szerkesztés

2014-es adatok alapján hazánk (az *Independent* által vizsgált országok közül) 64,6 liter/fő/év fogyasztással a sörfogyasztási rangsor utolsó harmadában található. A képzeletbeli dobogó legfelső fokán (évek óta) Csehország áll, hiszen itt évente átlagosan 143 liternyi folyékony kenyér fogy. Csehországot Németország követi (110 liter/fő/év), a harmadik helyet Ausztria foglalja el (108 liter/fő/év). A rangsor utolsó helyei között található Angola, Norvégia és Svédország alig 50 litert meghaladó fejenkénti sörfogyasztással. Ha az uniós tagországok közel 75 literes sörfogyasztási átlagát is figyelembe vesszük, akkor láthatjuk, hogy a hazai sörfogyasztás ettől a szinttől is közel 10 százalékkal marad el.

A *Kutató Centrum* 2010-ben készített felmérése szerint a válaszadók majdnem egyharmada hetente többször fogyaszt sört, 17%-uk hetente egyszer, 21%-uk havonta néhány alkalommal, 8%-uk havonta egyszer, 10%-uk negyedévente, 18%-uk pedig változó időközönként. A nők inkább párjuk mellett fogyasztják, míg a férfiak körében a kollégákkal, ismerősökkel való közös sörözés a jellemző.

Mindemellett azt tapasztalhatjuk, hogy az italfogyasztási szokások is jelentősen megváltoztak. A világ fejlett országaiban – a szabadidő növekedésével – az emberek egyre inkább közösségben fogyasztanak italokat, így az

ún. társasági italok a kedveltebbek, vagyis az olcsósággal, a magas alkohol- vagy energiatartalommal szemben preferáltabb, tehát a fogyasztók számára fontosabb tulajdonság az italok élvezeti értéke, minősége (Ercsey, 2014). Főként a fiatal generációk fordulnak a könnyen és gyorsan megkedvelhető, így sokszor egyszerűbb ízvilágú termékek felé.

A következőkben bemutatjuk, hogy az egyes italkategóriák értékesítésének mennyisége hogyan oszlik meg a különböző típusú vendéglátóipari helyek között (3. ábra).

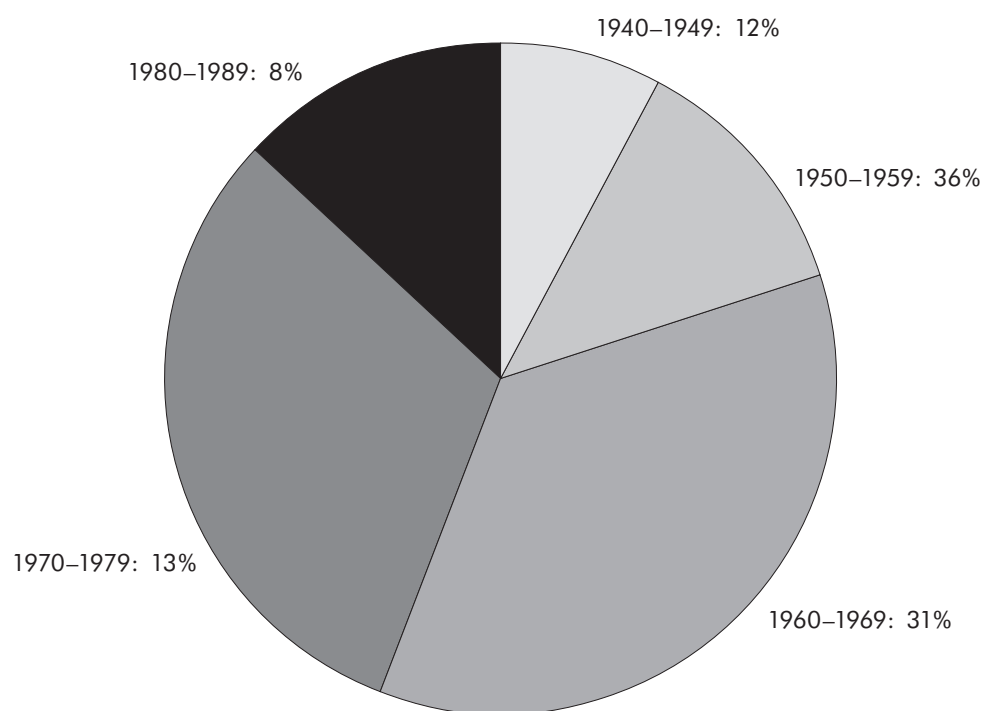
Az adatok alapján a forgalom több, mint 40%-a jut az alacsony minőségű kategóriát képviselő *volumenhelyekre*, ahová a büféket, kocsákat, talponállókat sorolhatjuk. Az égetett szeszes italok a *szórakozóhelyeken* – diszkókban, biliárdtermekben és kaszinókban – felülreprezentáltak. Sört legnagyobb mennyiségben az *italhelyeken* (pubokban, jó színvonalú sörözőkben, presszókban) fogyasztanak, míg az alkoholmentes italok leginkább az *étkezőhelyeken* (éttermekben, vendéglőkben, kávéházakban, cukrászdákban) fognak.

Az adatok alapján elmondhatjuk, hogy a vendéglátóipari intézmények több, mint 45%-át a volumenhelyek, 15%-át pedig az italhelyek teszik ki.

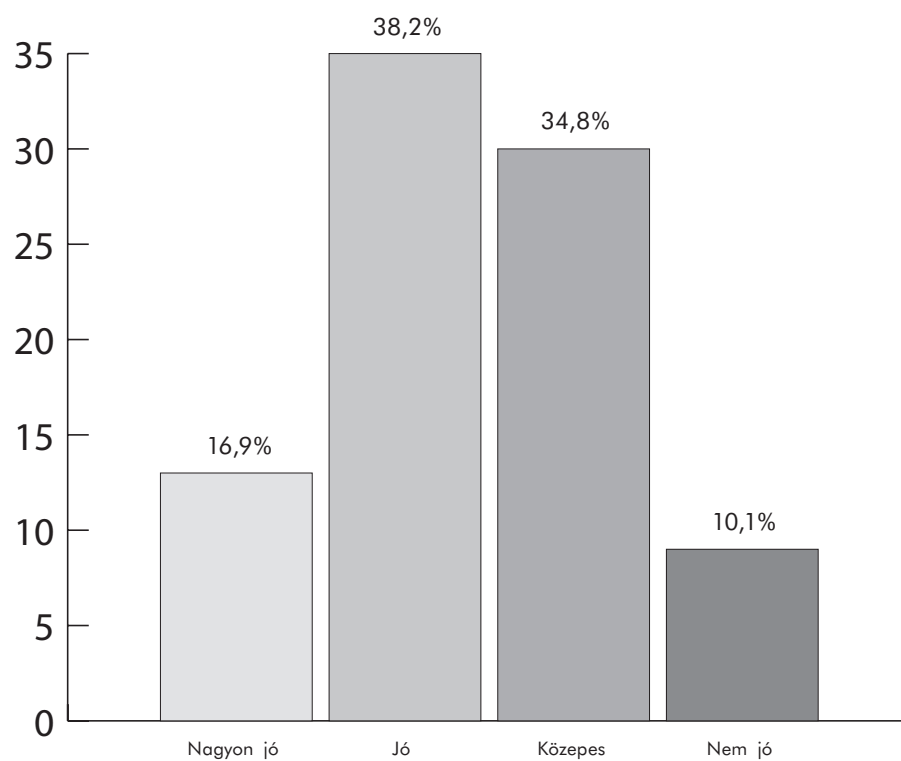
A vizsgált célcsoport fogyasztói szokásait számos



4. ábra

A válaszadók korcsoportonkénti megoszlása

5. ábra

A válaszadók saját egészségi állapotának megítélése



kutatás során vizsgálták. A hazai vállalkozások termékeinek fogyasztásával kapcsolatban említhetjük Józsa, Makkos-Káldi, Németh (2011) tanulmányát, mely fiatal fogyasztók szokásait elemzi. A termékek fogyasztását az életmódbeli jellemzőkön túl azok bolti kihelyezése is befolyásolhatja, amint arra Ercsey (2012, 2013) és Fam, K. S. (2011) szerzőtársaival együtt felhívja a figyelmet.

A fogyasztói szokások és attitűdök vizsgálata (primer kutatás)

A szekunder kutatás eredményei egyértelművé tették, hogy az alkoholfogyasztás komoly veszélyeztetettséget jelent a lakosság körében, s a fogyasztás gyakoriságában és mennyiségében világszerte jelentős eltérések mutatkoznak. A következőkben tekintsük át, hogy jelen kutatás e tekintetben milyen eredményeket hozott.

A kutatás során 10 kocsmát látogattam meg, ahová véletlenszerűen tértem be. A megfigyelés pénteken késő délután, szombaton délután és vasárnap délelőtt történt. Egy előre meghatározott kérdőív alapján vizsgáltam, a megfigyelési eredményeket a helyszínen rögzítettem.

A megfigyelés során hozzávetőlegesen 212 személy tartózkodott a kocsmákban, közülük 89-en töltötték ki a kérdőívet. A következőkben csak a kérdőívet kitöltők véleményét ismertetjük.

A kocsákat döntően férfiak látogatják, arányuk 89,8%. Öröndetesnek tekinthető, hogy tizennyolc év alatti, alkoholt fogyasztó személlyel nem találkoztunk. Megállapítható, hogy az 50–70 évesek teszik ki a vendégek zömét, arányuk csaknem kétharmados. Az ennél idősebbek aránya 12%, az ennél fiatalabbaké 21% (4. ábra).

Felmértük azt is, hogy a kérdőívet kitöltők miként ítélik meg saját egészségüket. Eredményeink azt mutatják, hogy a saját egészség megítélése az elmúlt években gyakorlatilag nem változott, illetve túlértékeltté vált (5. ábra).

Az adatok azt tükrözik, hogy a kocsmába járók és ott italozók több mint fele, 55%-a *jónak* és *nagyon jónak*, 35%-a (31 személy) *közepesnek*, s csupán 10%-a tartja *nem jónak* saját egészségét. A részletesebb vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy ez utóbbi csoport tagjai állnak legközelebb a valósághoz, közülük ugyanis 80%-ot meghaladó azok aránya, akik hetente legalább 2–4 napot járnak kocsmákba, és viszonylagosan sok alkoholt is fogyasztanak. Sajnos az egészségüket *nagyon jónak* ítélik között 50%-ot meghaladó a hetente 2–4 napot kocsmába járók, és 15% feletti a napi vendégek aránya is. Megállapítható tehát, hogy többségük nem helyesen méri fel egészségi állapotát. Ebben a csoportban ugyanakkor közel 30% azok aránya, akik saját bevallásuk szerint ritkábban, mint hetente járnak szórakozóhelyekre.

Ha azt vizsgáljuk, hogy a nők hogyan ítélik meg saját egészségüket, akkor azok körében, akik *jónak*, illetve *nagyon jónak* tartják, az előbbi átlagot megközelítő értéket, azaz 55,5%-ot kapunk. Az átlagtól való eltérést csak a *közepes* és a *nem jó* egészségi állapot esetében tapasztaltam, ugyanis senki sem gondolta, hogy egészsége *nem jó*. Ez még akkor is sántít, ha figyelembe vesszük, hogy (szintén) 55,5%-uk ritkábban, mint hetente jár kocsmába. (Mint a vizsgálatot végző személy azonban szeretném megjegyezni, hogy lehet, hogy a gyengébbik nem képviselői nem voltak teljesen őszinték, ugyanis közülük jónéhányan mindhárom alkalommal az adott vendéglátóipari intézményben töltötték szabadidejüket.) A nők egészségtudatosabb voltáról hasonló eredményt kapott egy nyugdíjas tornára járó csoportban (n: 133) készült felmérés, mely szerint a résztvevők nagy része (91%) hajlandó tudásba való befektetésre, energiaráfordításra és anyagi áldozatra egészsége megőrzéséért (a válaszadók 93%-a nő, 7%-a férfi volt) (Konczosné és tsai. 2010: 197.).

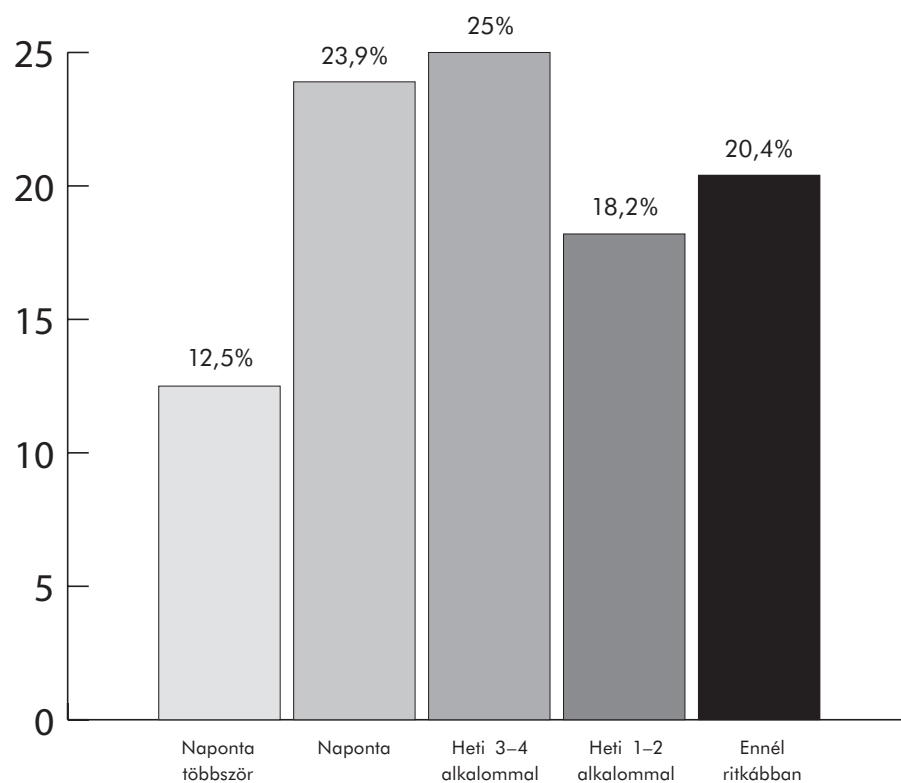
Érdekes megfigyeléseket tehetünk, ha a saját egészség megítélését összevetjük a táplálkozási, sportolási, orvoslátogatási, valamint kocsmabajárási szokásokkal. A 6. ábrán a szórakozóhelyek nominális látogatási gyakoriságait mutatjuk be.

Az adatok világosan mutatják, hogy a válaszadók túlértékelik saját egészségi állapotukat, hiszen 12,5%-uk (11 fő) naponta többször felkeresi kedvenc szórakozóhelyét. Közöttük nőt nem találunk. 23,9% azok aránya is, akik naponta látogatnak el kedvenc kocsmájukba (a nők aránya 2,3%), 25%-uk heti 3–4 alkalommal tölti ott az idejét (a nők aránya 1,2%). Ha feltételezzük, hogy az alkalmi alkoholfogyasztásnak nincsen káros hatása a szervezetre, akkor a megkérdezetteknek csak 18,2%-a, illetve 20,4%-a lehet saját egészségét illetően nyugodt, ők azok, akik heti 1–2 alkalommal, vagy ennél ritkábban járnak vendéglátóhelyekre (a nők aránya 5,7%).

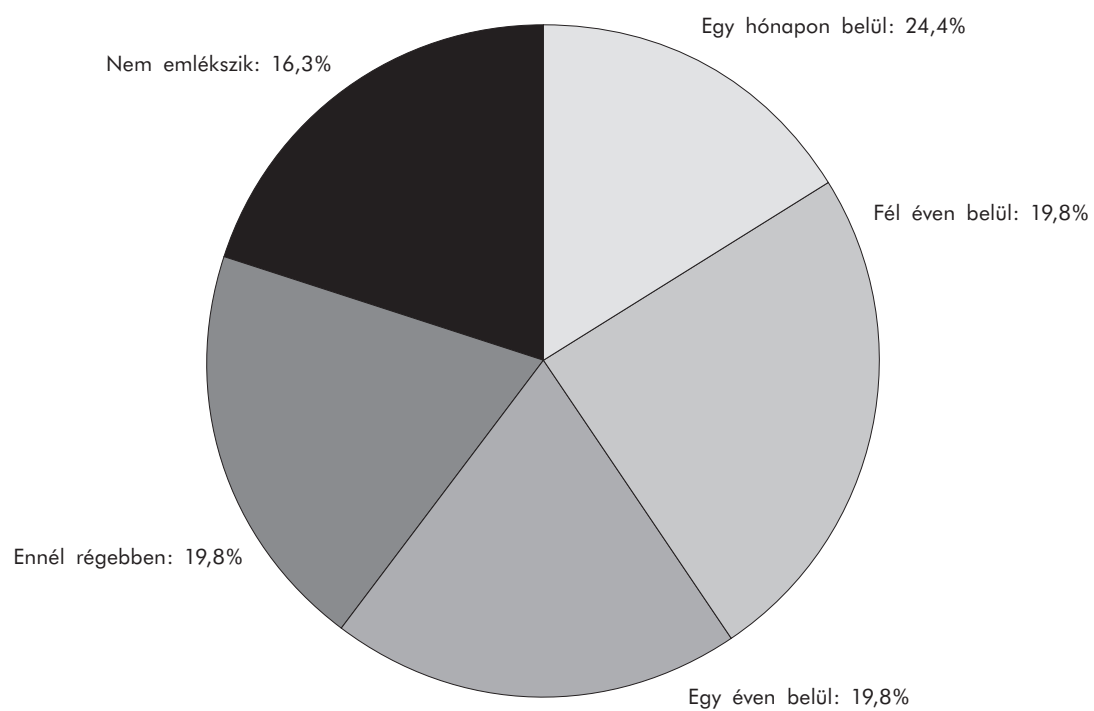
A helyzetet tovább rontja, hogy a felmérésbe bevont személyek döntő része nem keresi fel rendszeresen háziorvosát (7. ábra). Az ábra adatai szerint – annak ellenére, hogy a megkérdezettek 54,7%-a *jónak* és *nagyon jónak* ítéli saját egészségét – aggasztóan magas azok aránya (36%), akik egy évnél régebben voltak háziorvosuknál, vagy nem is emlékeznek az időpontra. A nők láthatóan jobban törődnek egészségükkel, hiszen esetükben 2,3% volt a rendkívül ritkán orvoshoz fordulók aránya. Egy hónapon belül a válaszadók 24,4%-a, fél éven belül 19,8%-a járt orvosnál. E két csoporton belül a nők aránya 7% volt (a megkérdezett nők egész csoportjában pedig 66,6%). Mindez azt is mutatja, hogy a gyengébbik nem képviselői egészségtudatosabbak. Ezt a megállapítást erősíti az is, hogy míg a nők több, mint háromnegyede táplálkozik egészségesen, addig a férfiak körében ez az arány 47,5%.



6. ábra

A szórakozóhelyek látogatási gyakorisága

7. ábra

Mikor jár utoljára háziorvosánál?



Kutatásunk eredményei szerint a kocsmákban a dohányosok is felülreprezentáltak, ugyanis a megkérdezettek közül 58 fő dohányzik rendszeresen vagy alkalmanként, ami 65,9%-nak felel meg (8. ábra).

Ha elfogadjuk azt a statisztikai adatot, miszerint a felnőtt férfiak 34–46%-a, a felnőtt nők 18–28%-a dohányzik – figyelembe véve a nemek arányát a szórakozóhelyeken –, a kocsmákban a dohányosok részaránya közel kétszerese, sőt, a nők esetében még a becsült statisztikai átlag alsó határánál is magasabb. Sajnos a vizsgált szórakozóhelyeken a nők több, mint háromnegyede rendszeresen dohányzott.

Befejezésül vessünk néhány pillantást az italfogyasztás szerkezetére is. A 9. ábrán azon italfajták fogyasztási gyakoriságát mutatjuk be, melyek a szórakozóhelyeken jellemzőek.

A vizsgált helyeken a sörfogyasztás dominál, ugyanis a megkérdezettek csaknem 45%-a naponta, vagy legalább kétnaponta fogyasztja a „folyékony kenyeret” (9/a ábra). Ha ehhez a heti 1–2 alkalommal fogyasztókat is hozzáadjuk, akkor 60%-ot meghaladó értéket kapunk. A sört nem fogyasztók aránya nagyjából egyharmad. Számszerűsítve ez azt jelenti, hogy az összes megkérdezettből 58 fő fogyaszt valamilyen gyakorisággal sört, közülük 4 nő (a vizsgálatba vont hölgyek 44%-a). Az átlagosan elfogyasztott sörmennyiség magasnak mondható, hiszen al-

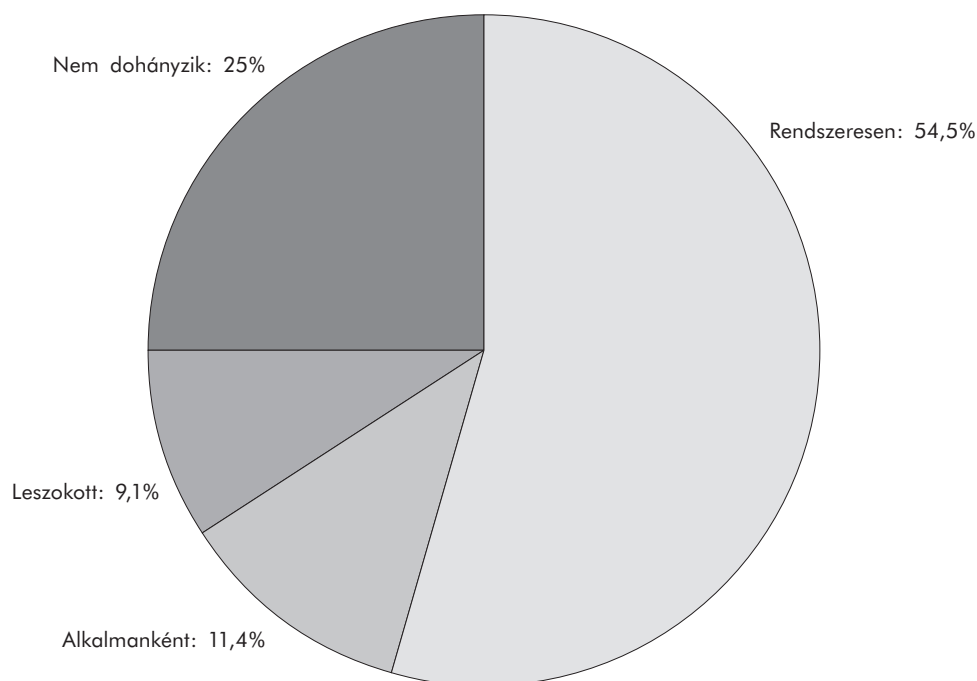
kalmanként 14 deciliternyi, azaz durván három üveggel gurítanak le a torkukon.

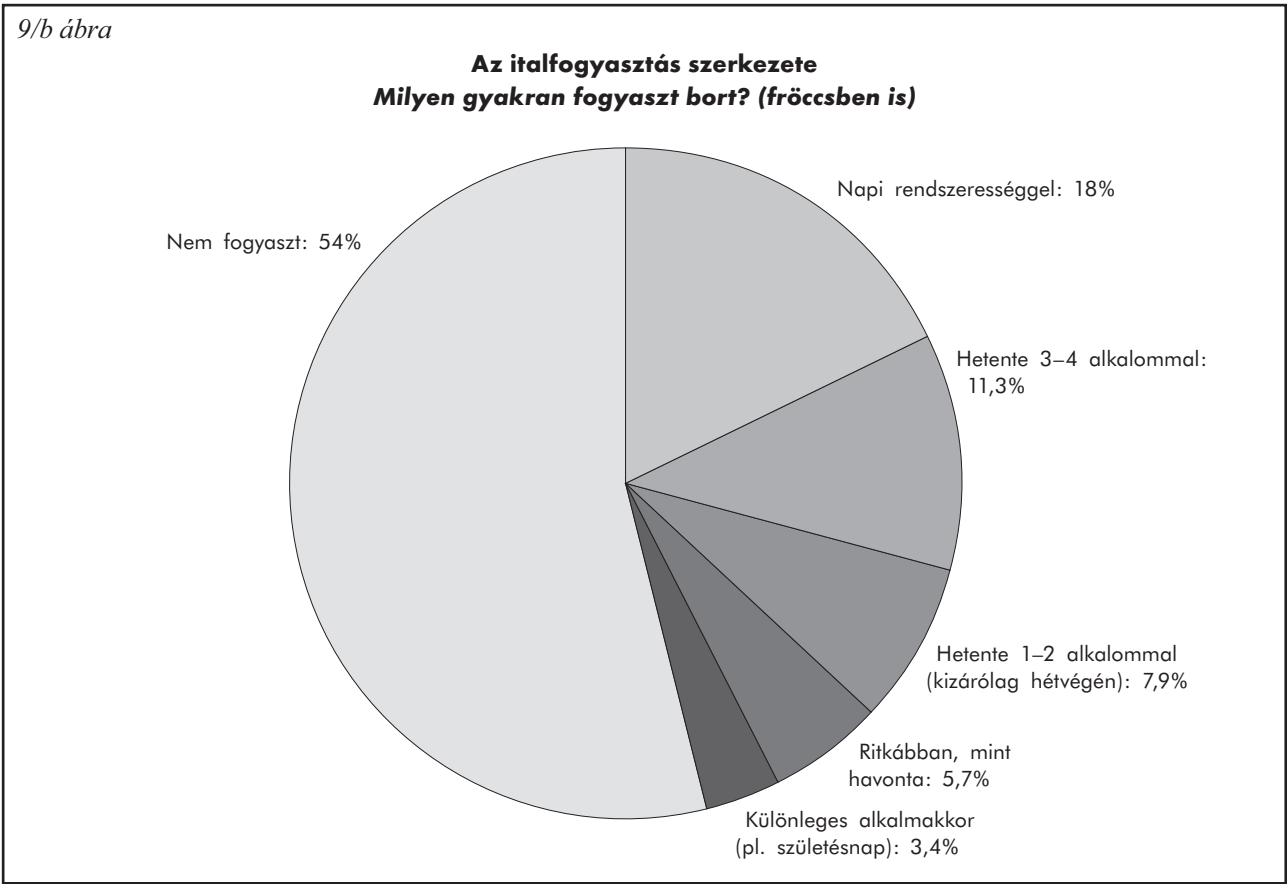
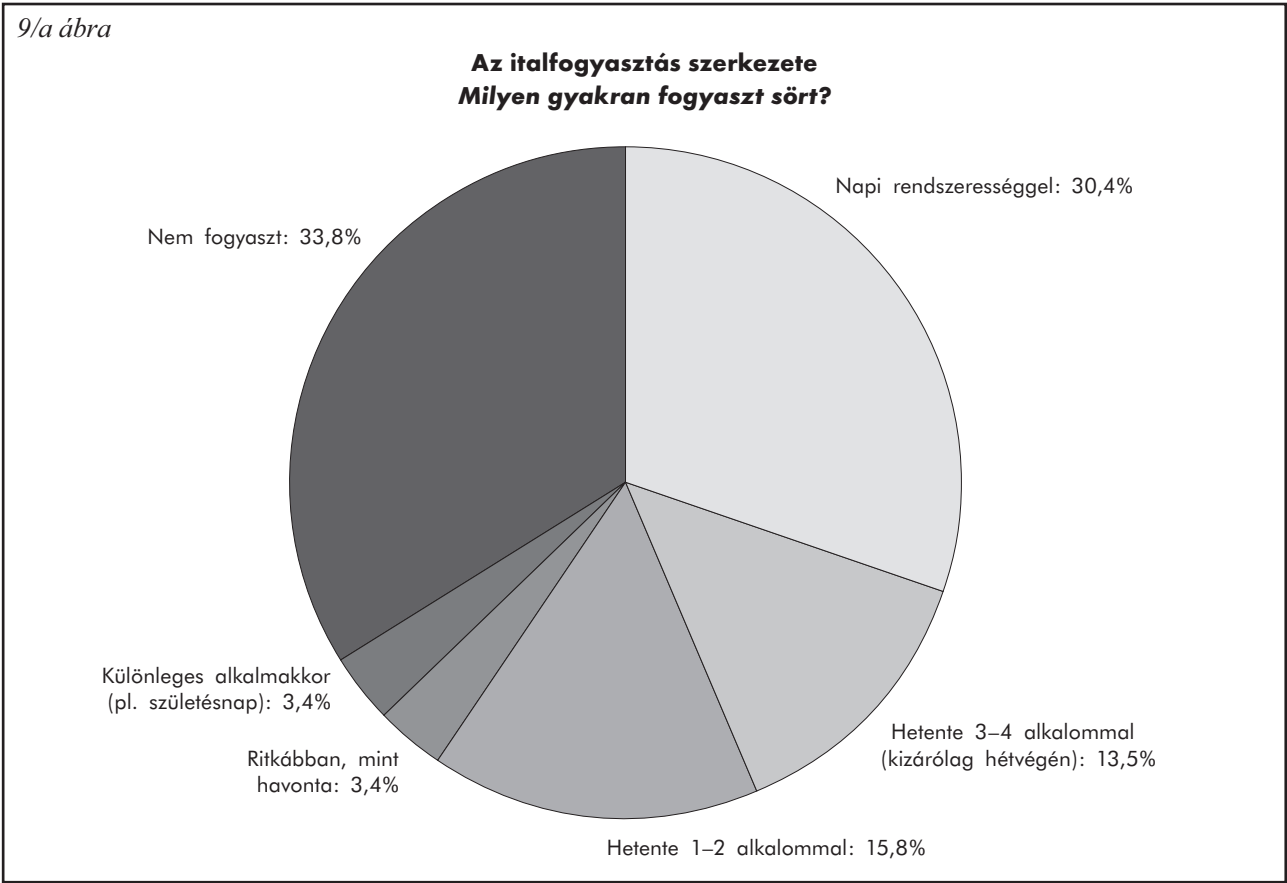
A nők jellemzően egy üvegnyi – a legtöbbet fogyasztók is csak kétüvegnyi – isznak meg (igaz, ehhez egyikük egy „felest is bedob”). A férfiak közül jónéhányan napi négy üvegnél is többet isznak, a legtöbbet fogyasztó férfi saját bevallása szerint nyolc üveggel, amihez kísérőként még jelentős mennyiségű töményt is elfogyaszt.

Habár borfogyasztó nemzetként tartjuk magunkat számon, vizsgálatunkban ez nem igazolódott, ugyanis a megkérdezetteknek csupán 29,3%-a fogyaszt naponta vagy legalább kétnaponta bort. Az alkalmi borfogyasztók aránya is csak épphogy megközelíti a 8%-ot. A többség, 54% nem fogyaszt bort (9/b ábra). Számszerűsítve ez azt jelenti, hogy az összes megkérdezettből 39 fő iszik valamilyen gyakorisággal bort, közülük jelen esetben is 4 nő (tehát a vizsgálatba vont hölgyek 44%-a). Átlagosan 6,9 deciliternyi isznak meg, ami több, mint három fröccsöt jelent, ugyanis – megfigyeléseim szerint – a bort jellemzően ebben a formában fogyasztják. 14 borfogyasztó iszik naponta egy liternyi, vagy ennél többet, ami mindenképpen soknak tekinthető, s ezt még az is tetézi, hogy közülük heten még töményt is fogyasztanak.

A 9/c és 9/d ábrán látható, hogy a tömény italok fogyasztása is magasnak mondható, hiszen a kérdőívet kitöltők közül csaknem minden harmadik (29,4%) naponta,

8. ábra

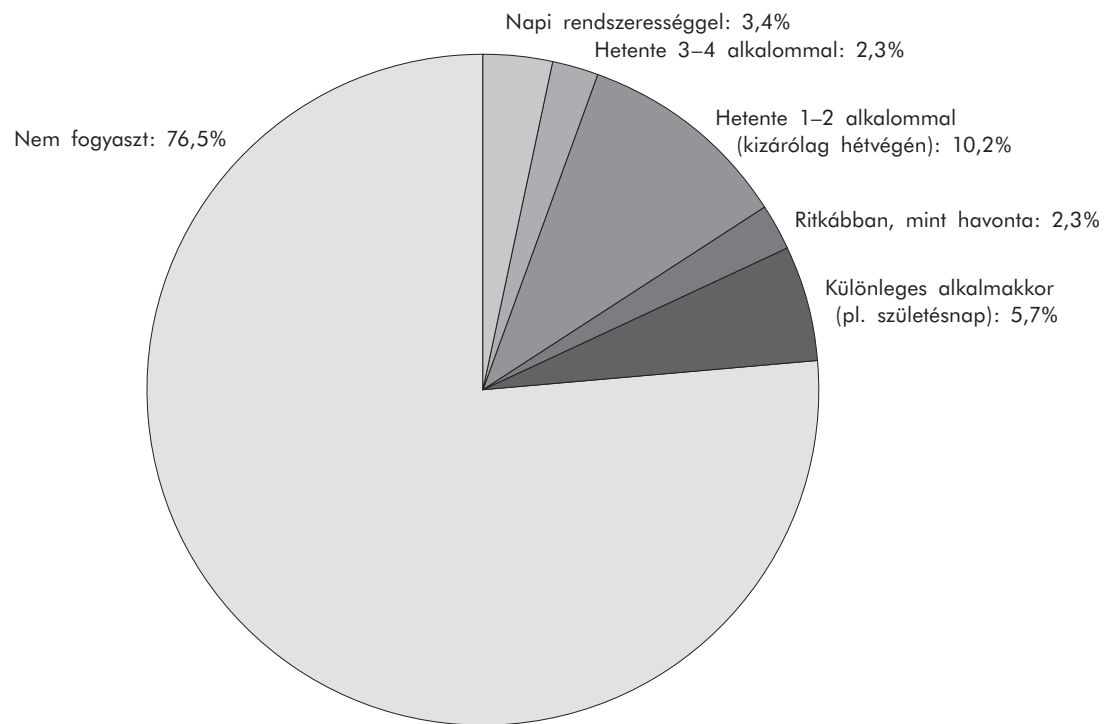
A válaszadók dohányzási gyakorisága





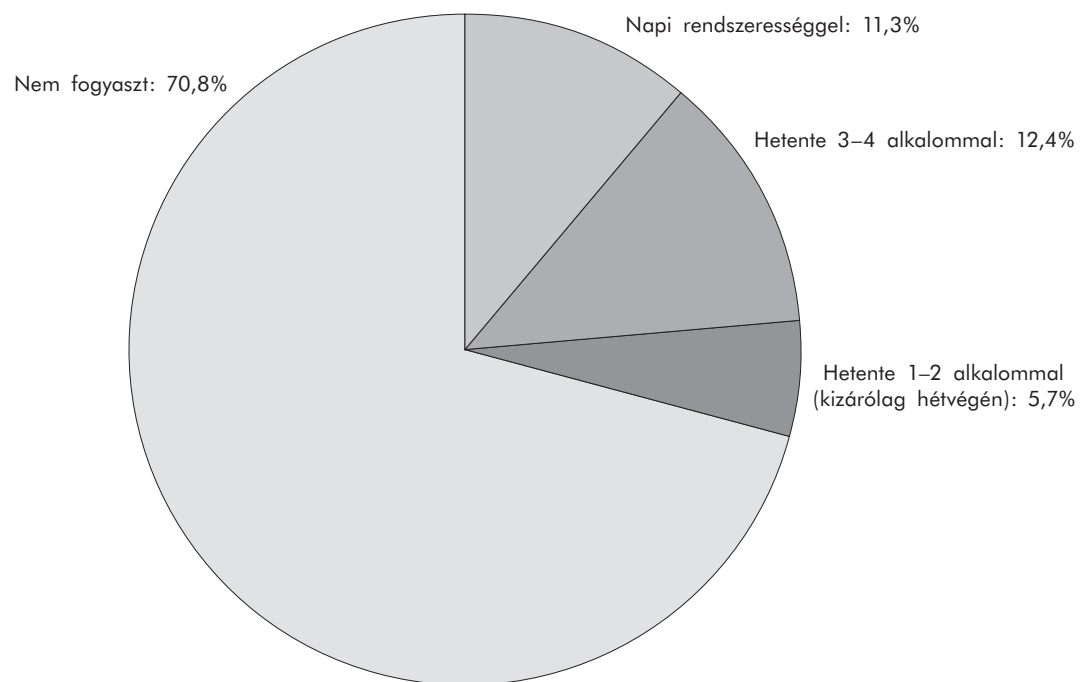
9/c ábra

Az italfogyasztás szerkezete
Milyen gyakran fogyaszt minőségi tömény italokat? (pl. Unicum)



9/d ábra

Az italfogyasztás szerkezete
Milyen gyakran fogyaszt kommersz tömény italokat?



vagy legalább kétnaponta, 15,9%-uk heti 1–2 alkalommal fogyasztja (összesen 38 fő). Ezek a számok abszolút értelemben is magasak, s az is látszik, hogy az olcsóbb – és minden bizonnyal egészségtelenebb – kommersz tömény italok fogyasztása jellemző. A naponta elfogyasztott mennyiség jellemzően fél-egy deciliter, de voltak olyan válaszadók is, akik saját bevallásuk szerint fél liternyit, nyolc decilitert, vagy akár egy liternyit is legurítanak. Mindazonáltal – ha meg is kérdőjelezzük ezen kitöltők szavahihetőségét (ezek az emberek sörből vagy borból is az átlagot jóval meghaladó mennyiséget fogyasztanak) –, akkor is magasnak mondható a tömény alkohol fogyasztását jellemző közel másfél decis átlag.

Összefoglalás

Felgyorsult világunkban az emberek italfogyasztási szokásai is folyamatosan átalakulnak, időről-időre újabb trendek tűnnek fel, melyeket akarva-akaratlanul követtünk. Magyarországon az egészséges életmód is ilyen divatossá váló trend. Valóban így van ez?

Vizsgálatunk során a primer kutatás módszerével arra kerestük a választ, hogy a budapesti kocsmákban érződik-e az egészséges életmód hatása?

A vizsgált helyeken a sörfogyasztás dominál, ugyanis a megkérdezettek csaknem 45%-a naponta, vagy legalább kétnaponta fogyasztja a „folyékony kenyeret”. Ha ehhez a heti 1–2 alkalommal fogyasztókat is hozzáadjuk, akkor 60%-ot meghaladó értéket kapunk. A tömény italok fogyasztása is magasnak mondható, hiszen a kérdőívet kitöltők közül csaknem minden harmadik (29,4%) fogyasztja naponta, vagy legalább kétnaponta.

Mindezen adatok tükrében kijelenthetjük, hogy az

egészséges életmód távol áll a kocsmaalátogató közönség életmódjától. Világossá kell válnia annak is, hogy mivel az ismeretterjesztés nem elégséges, az érintettek aktív bevonása nélkül a probléma nem megoldható.

Kulcsszavak: egészséges életmód, italfogyasztási szokások, alkohol, fogyasztási gyakoriság

Abstract

In our accelerated world also the drinking habits of people are constantly changing. From time to time new trends appear and people are beginning to follow these trends. In Hungary, the healthy lifestyle is such a kind that begins to come into vogue. But is this really true?

In our study – while conducting the primary research – our goal was to find answers for the question, whether this “healthy lifestyle” is already also in the pubs in Budapest present?

At research locations beer consumption is dominating, because 45% of respondents consume daily or at least every two days this “liquid bread”. If we add to this number also those, who drink beer once or twice a week, than this number is already around 60%. The consumption of spirits can be considered also as high; every third consumer of the respondents (29.4%) drinks spirit daily, or in every two days.

Based on these data, we can say that the “healthy lifestyle” avoids the pubs. It must become clear that only the awareness of this phenomenon is far not enough, without the active involvement of stakeholders the problem cannot be solved.

Keywords: healthy lifestyle, drinking habits, alcohol, consumption frequency

IRODALOM

- Baum, A.–Krantz, D.S.–Gatchel, R.J. (1997): *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York
- Ercsey I. (2011): „Módszertani kihívások a szubjektív életminőség vizsgálatában.” In: *Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Marketing Oktatók Klubja 17. Országos Konferenciája*, Pécs
- Ercsey I. (2012): „Consumer Evaluation in the Transit Industry.” In: *China–USA Business Review*, 11 (4), 481–490.
- Ercsey I. (2013): „A szubjektív életminőség és a kulturális fogyasztás vizsgálata marketing nézőpontból.” In: *Tér–Gazdaság–Ember. A Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Karának tudományos folyóirata*, 1 (2), 117–145.

- Ercsey I. (2014): *A szolgáltatásgarancia és a fogyasztói értékelés kapcsolata a közüzemi szektorban*. Széchenyi István Egyetem, Regionális és Gazdaságtudományi Doktori Iskola. IDRResearch Kft.–Publikon Kiadó, Pécs–Győr
- Fam, K.S.–Merrillees, B.–Richard, J.E.–Józsa, L.–Li, Y.–Krisjanous J.: „In-store marketing: a strategic perspective.” In: *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistic*, 23 (2)



Harris, D.M.–Guten, S. (1979): „Health protecting behaviour: An exploratory study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, (20), 17–29.

<http://www.dolceta.eu/magyarorszag/Mod5/spip.php?rubrique43>

Letöltés: 2012. március

<http://www.independent.co.uk/life-style/food-and-drink/china-drinks-the-most-beer-in-the-world-but-which-european-country-comes-out-top-9869831.html> Letöltés: 2015.08.03.

<http://www.magyarvagyok.com/kultura/konyha/italok/bor/2738-A-vilag-ital-es-borfogyaszti-szokasainak-valtozasa.html>

Letöltés: 2015.08.03.

<http://www.marketinginfo.hu/tanulmanyok/essay.php?id=1401>

Letöltés: 2012.04.21.

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elelmfogy/elelmfogy13.pdf> Letöltés: 2015.08.03.

Józsa, L.–Makkos-Káldi J.–Németh Sz. (2011): „Is »domestic« better to buy? Study on consumer ethnocentrism among students.” In: *ANZMAC Conference Paper*, Edith Cowan University

Józsa L.–Kiss L. (1993): „A vállalati K+F és az értékesítés.” In: *Vezetéstudomány*, 24 (10), 51–58.

Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T. (2010): „»Nem csak a húszéveseké a világ«: az egészség/fittség/fiatalság trend és az »új idők generáció«-t célzó egyetemi marketingkommunikáció.” In: Kuráth G.–Pálfi M. (szerk.): *III. Felsőoktatási Marketing Konferencia*, Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 188–199.

Kopcsay L. (2001): „A borpiac szegmentációja.” In: *MTN Konferencia*, 2001. október 29., Nyíregyháza. 235–238.

KSH [Központi Statisztikai Hivatal]: *Statisztikai évkönyvei (1970–2009)*.

KSH [Központi Statisztikai Hivatal]: *Egészségügyi statisztikai évkönyv 2008*.

KSH [Központi Statisztikai Hivatal]: *stADAT-táblák – idősoros éves adatok*.

Malhotra, Naresh K. (2001): *Marketingkutató*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest

Sándorné Szennyessy J. (1978): *A piackutatás kézikönyve*. Közgazdaságtani és Jogi Könyvkiadó, Budapest

Svéhlik Cs. (2006): *Hogyan írjunk PhD-értekezést?* I. KHEOPS Tudományos Konferencia, Mór



A családalapítás útvesztői Az elakadások megelőzése

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,¹ vezetőségi tag²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet,
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

²Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az *Egyesült Nemzetek Szövetsége* az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekintsék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A *Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (International Federation for Family Development – IFED)* az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, valamint középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel idén áprilisban, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit, továbbá a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását.

Jelen lapszámunkban a családalapítás útvesztőinek, valamint a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepének bemutatására vállalkozunk.

Tervezett témaköreink között szerepel – többek között – a fiatalok menstruációs higiéniével, valamint HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismereteinek bemutatása, egy speciális kismama-gerinctorna jótékony eredményeinek ismertetése, továbbá beszámolunk egy németországi tanulmányút tapasztalatairól is.

(A szerk.)





Bevezetés

A családalapítás a családi életciklus-elméletek szerint (1, 4) az újonnan alakult család életének első szakasza – a köznyelv a fészekrakás időszakának is nevezi. A jól működő párkapcsolattal létrejön az új, sikeres család alapja, és az első gyermek érkezésének feltételei is kialakulnak. Ugyanakkor a családalapítás sok csapdahelyzetet is rejt mind a pár, mind a szülők, a nagyszülők, valamint a család egésze számára.

Változások, megoldandó helyzetek

1. A család strukturális felépítésének változása

A család strukturális ábrájának elkészítése jól szemlélteti a család szerkezetében bekövetkezett változásokat (1. ábra). A család átalakulását egy képzeletbeli – nemzetközileg elfogadott jelölések (6) segítségével bemutatott – családról készített, saját szerkesztésű ábrán követhetjük végig.

Virginia Satir szerint az első gyermek megszületésével nemcsak az újonnan alakult család bővül, hanem a családtagok közötti kapcsolatrendszer is bonyolultabbá válik (19).

2. A családtagok helyzetének, szerepeinek, kapcsolatainak változása

Az első gyermek várásakor, majd megszületésekor az egész családi rendszert alapjaiban megváltoztató helyzetekkel kell szembesülnie a gyermeket váró párnak, és az egész családnak is.

A gyermek megérkezésével a két tagból álló család háromszemélyessé válik. A háromszemélyes család jellemzője – egyben veszélye is –, hogy a házastársi páros hármassá alakul, s olyan páros kapcsolatok keletkeznek, melyekből a harmadik fél kimaradhat – a családban háromszög keletkezik. A háromszög mindig egy párt és plusz egy személyt jelent, mely az anya–apa–gyermek viszonylatban többféle variációban is létezhet. Veszélyt jelenthet, ha két személy túl szoros kapcsolatba kerül egymással, így a harmadik személy kimarad a helyzetből, mintegy feleslegessé válik. Jellemző, hogy az anya és csecsemőjének viszonya válik alapvető kapcsolattá, az apai és/vagy házastársi/párkapcsolati viszony pedig háttérbe szorul. Az uralkodóvá váló anya–gyermek kapcsolatot az apa/férj rendszerint sérelmezi is (3, 16).

A fenti helyzet saját szakmai tapasztalataim szerint is

egy olyan lehetséges csapdahelyzet, mely súlyos problémák előidézője lehet. Részlet egy hasonló helyzetben lévő, hozzám szakmai segítségért forduló édesanya gondolataiból:

„A szülés utáni pillanatban, amint először a kezemben érezhettem, magamhoz ölelhettem és újra a szívemen tarthattam a kisfiamat, minden fájdalommat elfelejtettem, minden kitörlődött. Ez maga a csoda! Örömköd, szivárvány, napsütés fogott bennünket körbe, valami furcsa, finom erő szorított egymáshoz, csak mi ketten voltunk. Sírtam. Szavakkal ezt nem lehet kifejezni. Folytatódott ez a kellemes, furcsa, lebegő, büszke, boldog érzés, amikor kisfiamat bemutattam az édesapjának, a nagyszüleinek, a családtagoknak. Mindenki velünk volt, nekünk örült, kedvembe akartak járni, ajándékokkal, finomságokkal halmoztak el. Aztán elmúlt az ünnep, eltűnt a család, csak hárman, jobban mondva ketten maradtunk, a kisfiam és én. Párom éjjel-nappal dolgozott, ha tudott, akkor hétvégén is. A fejemben tudtam, hogy szükségünk van a pénzre, értünk dolgozik, de belül valahol fáj, hogy nincsen velünk, nem segít nekünk, nem foglalkozik a kisfiunkkal. Az eszemmel tudtam, hogy dolgoznia kell, mindezt értünk teszi, mégis, ahogy fáradtam, egyre jobban belesüllyedtem a gyermekgondozás rutinjába, egyre dühösebb, mérgesebb lettem rá. Egyre inkább felzabált az egyedüllét, a magány, a monotonia. Fél évvel a szülés után teljesen szétestem. Eltűnt a szülés utáni csoda, nem voltam önmagam, mintha csak megtörténtek volna velem a dolgok. Nagyon fáradt voltam, de azt tudtam, hogy nem akarom, hogy tovább sodródjunk. Ez nem mehet így tovább! Talán az volt a szerencsénk, hogy volt még erőm segítségért kiáltani, megálljt mondaní.” (13; p. 52–53.)

Az új családban új szerepek alakulnak ki, a házaspár vagy élettársi szerep mellett megjelenik a szülői–gyermeki szerep: kialakulnak az anya–lány vagy anya–fiú, illetve apa–lány vagy apa–fiú párok. A gyermek megszületésével egyben létrejön a harmadik (testvéri) szerep alapja is. A helyzet azért is lehet nehéz, mert az egyes szerepekről, a szerepekkel kapcsolatos elvárásokról, a velük kapcsolatos érzésekről az egyes családtagok elképzelései eltérőek lehetnek (19).

Mindez a mindennapokra lefordítva azt jelenti, hogy másként gondolkodhatnak az anyai és az apai szerepről, feladatokról, viselkedésről a szülők, a nagyszülők, illetve a többi rokon is. Más viselkedést várhat el az édesanyától a párja, az édesanyja, vagy éppen az anyósa. A „jó pár”, a „hűség”, „a másik nemmel való helyes viselkedés” fogalmáról a családtagok, a rokonok eltérően gondolkodhatnak.

LEVELEZÉSI CÍM:

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék. Postacím: 1088 Budapest, Vas utca 17. Telefon: +36-1-486-5978. E-mail: soosne@se-etk.hu



Nem könnyű ezen elvárásoknak megfelelni, az önmagunk, valamint a külvilág által támasztott elvárásokat teljesíteni – vagy kompromisszumos megoldást találni.

Minden családnak van egy saját, minden más családtól különböző, saját „családi térképe”. A családban élők érzelmei, vágyai, egymással szembeni elvárásai, a családtagok közötti kapcsolatok folyamatosan átalakulnak, így ez az egyedi térkép is gyakran megváltozik (19). Fontos, hogy a családban megértsék, elfogadják és elismerjék minden családtag családban elfoglalt helyét.

A gyermek vállalásával és megszületésével a házastársi kapcsolat terhei nőnek, gyakran az is megtörténhet, hogy a feladatok annyira elborítják a szülőket, hogy a házastársi kapcsolat az elhanyagoltság miatt meggyengül. Amennyiben a házastársi kapcsolatot nem ápolják, a partnereknek nincsen lehetőségük a feltöltődésre, akkor a kapcsolat kimerülhet.

Családgondozói praxisom során egy férj/édesapa az alábbiakat mesélte:

„Nem tartoztam már a családomhoz. Csak arra voltam jó, hogy dolgozzak, az anyagiakat megteremtsem. Lenyúlt a párom, csak a pénzem kellett már neki, nem én. Otthon semmit nem csinálhattam, semmi nem volt jó, amit és ahogyan tettem (szerinte). Mindig csak kritikában volt részem. Munka után későn értem haza, kislányunk sokszor már aludt, ő fáradt volt. Éjszaka egymás mellett, de egymástól félévnyi távolságban aludtunk. Kitért mindenből! A gyermekkel kapcsolatos ügyekből, a problémákból, az örömeiből, a gondolataiból... Nem bírtam tovább! A kedves, emberi szó, elismerő szavak, amit sajnós nem a páromtól kaptam, mágnesként vonzottak, kihúztak a saját családomból!” (13; p. 58.)

A tapasztalatok szerint a család akkor működik jól, ha a szülők és a gyermek között egy jelképes, de egyértelmű határ alakul ki. Amennyiben a szülők és a gyermek között nincsen vagy bizonytalan ez a határ, problémák is jelentkezhetnek (1).

3. A családi fejlődés természetes és váratlan eseményei

A családstruktúra változása gyakran átmeneti szorongással, krízissel (természetes krízis) jár, és újjáalakulást, újjászerveződést tesz szükségessé. Ha a család több tagja egyszerre él meg drasztikus változásokat, ez a normális fejlődési krízisek halmozódásához vezethet. Amikor három vagy négy krízis egyszerre fordul elő, igen intenzív, sokszor aggasztóvá válik a családtagok helyzete. A krízisek halmozódása elősegítheti a generációk, valamint a házastársak közötti szakadék kialakulását (19).

Részlet egy pár életéből:

„Teljesen jól indult minden. Szerelem, lakás, egészséges gyermek, boldog családi élet. Simán, egyszerű-

en, boldogan! Aztán hirtelen, mintha a háborgó tenger hullámai törtek volna be az otthonunkba, csapás csapás után ért minket. Féléves volt kislányunk, amikor három hét leforgása alatt váratlanul meghalt Tamás édesanyja, az én özvegy édesapám napi gondozásra szorult, és Tamás elveszítette a munkahelyét. Lelkileg, fizikailag, anyagilag is fáradtunk, fogyott az erőnk, kezdtek kimerülni a tartalékaink. Ami segített, amibe kapaszkodtunk napról napra, az a gondolat és tény, hogy van nekünk Kata, a kislányunk, akiért túl kell lépniünk a történeteken, küzdenünk kell, hogy jobb legyen. Kata ránk mosolygott, nem lehetett nem visszamosolyogni rá. Őt megsimogatva, magunkhoz ölelve tompultak a fájdalmak. És itt vagyunk mi is egymásnak, és vannak még élő, egészséges családtagjaink, szép emlékeink! Ki kell jönnünk a bajból! Nincsen más utunk!” (13; p. 59–60.)

A szülés után felszínre kerülhetnek a párkapcsolat, az együttélés gyengeségei, tisztázatlanságai is. A viszonyokat befolyásolhatja, hogy az édesanya és az édesapa saját szülői családja mennyire és miképpen avatkozik bele az új család életébe, valamint az is, hogy a szülők hogyan fogadják és kezelik ezt a beavatkozást. Sikeres együttműködés esetén nagyon sok kölcsönös előny származik e kapcsolatból, de konfliktusok is adódhatnak, melyek további problémák alapjait teremthetik meg. A mindennapi életet egyéb körülmények is nehezíthetik (anyagi nehézségek, kedvezőtlen lakásviszonyok, betegség).

A gyermek megszületése utáni első néhány hónap általában nagyon nehéz időszak. Amennyiben a család nem megfelelően működik, hosszabb távon nem látja el feladatait, akkor a családon belüli megbetegítő hatások a szülés utáni időszakban halmozódhatnak (5).

A családi együttélés során minden családban kialakulnak a saját családhoz kapcsolódó értékek, érzelmek, vágyak, az ezekkel kapcsolatos közös tapasztalat és gyakorlat. Léteznek valós és hamis családi ideológiák, családképek. Az új család kialakulásával az új, valamint a tágabb értelemben vett család hirtelen azzal szembe-sülhet, hogy nincsen egységes családképe, és eddigi eszközeivel, módszereivel nem képes a változásból fakadó belső problémák megoldására (11).

4. Új, megoldásra váró feladatok

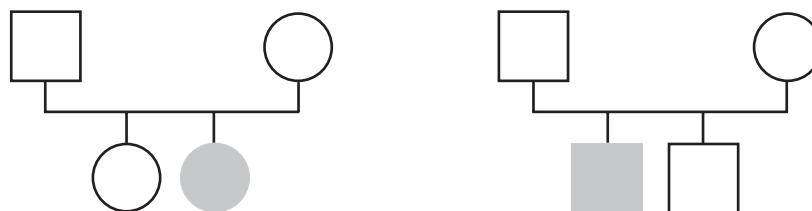
Az új család kialakulásával a párnak sok mindent meg kell beszélnie egymással. Fontos egyezségre jutniuk abban, hogy kinek mi lesz a feladata, hogyan szervezik meg a mindennapokat, ki főz, ki takarít, ki sétáltatja-levegőzteti, fürdeti, gondozza a gyermeket, ki viszi orvoshoz, hogyan oldják meg a háztartás vezetését, hogyan osztják be a pénzt, ki kezeli a kasszát, hogyan tartják a kapcsolatot a szülőkkel, a nagyszülőkkel, a rokonokkal, a barátokkal, a munkahellyel, milyen külső segítséget kérnek,



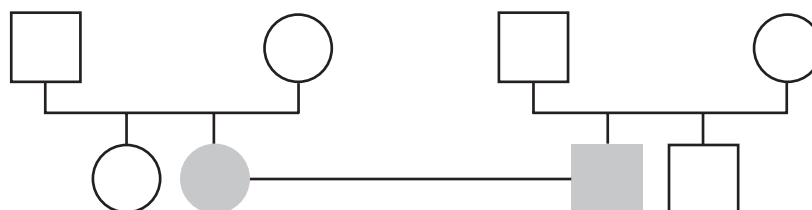
1. ábra

A család strukturális ábrájának elkészítése

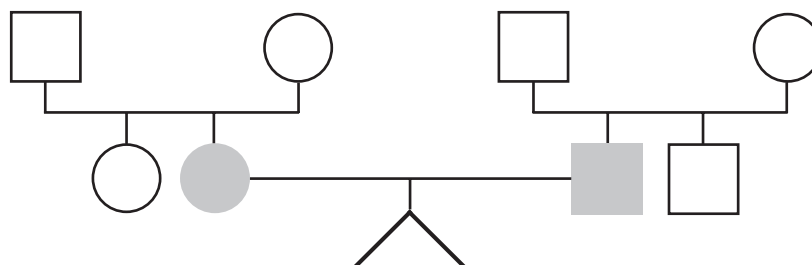
Párkapcsolatba még nem került nő ○, és férfi □ mindegyik a saját családjában (származási család), a nagyszülők feltüntetése nélkül (a nőknek egy lány-, a férfinak egy fiútestvére van):



A fenti család a nő és a férfi párkapcsolata esetén:



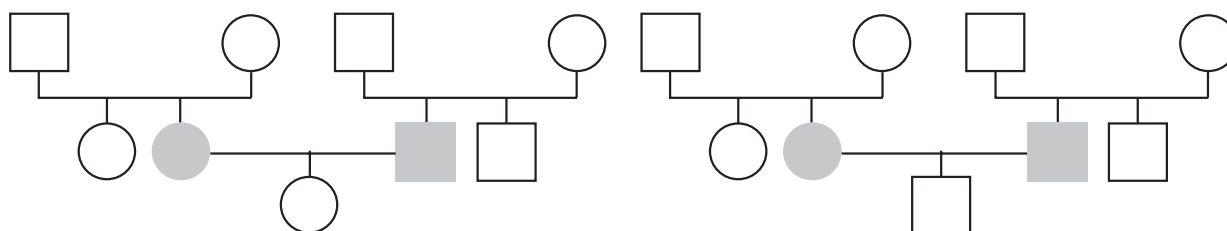
A fenti család az első gyermekkel való várandósság idején:



A fenti család az első gyermek megszületése után,

Lánygyermek születése esetén

Fiúgyermek születése esetén



illetve fogadnak el. Hogyan módosul a program a hétvégeken? Miként zajlanak majd az ünnepek? Mikor foglalkozik a pár egymással? Hogyan töltődik fel a pár együtt és külön-külön is? Kimondják-e, ha igen, akkor mikor és hogyan, ha valami nem tetszik, vagy sérelmezhető a mindennapokban? Keresnek-e, találnak-e sikeres megoldást a nehézségekre? (13)

Az első gyermeküket váró párok körében végzett kutatásaim eredményei elgondolkodtató üzeneteket hordoznak. A leendő szülőket az együttélési keretek megbeszéléséről kérdeztem. Az új család együttélési kereteinek tisztázottsága leginkább a mindennapi életben nem olyan nagy jelentőséggel bíró ünnepekre, a szülőkkel való kapcsolatra, az értékrendre, valamint az egymással szembeni elvárásokra volt igaz. A napi együttélés szempontjából lényeges keretek, mint például a mindennapi együttélés szabályai, a feladatok megosztása, a célok, a szokások tisztázottságára vonatkozóan valamivel nagyobb bizonytalanság volt tapasztalható.

A szülők leginkább az ünnepeket, a saját szülővel való együttműködést, az értékeket, a célokat és a szülői elvárásokat gondolták tisztázottnak. A szabályok, a szokások, a gyermeknevelési elvek, valamint a pár szüleivel való együttműködés tisztázottsága kevésbé volt jellemző. A szülők leginkább a kapcsolati, érzelmi és testi, kevésbé a gyermekgondozási, legkevésbé az anyagi felkészültségükkel elégedettek (14).

Elgondolkodtató, hogy a mindennapi élettel kapcsolatos, nagy jelentőséggel bíró szabályok, egyezségek miért nem születnek meg? Miért fontosabb, hogy az évente néhány alkalommal megtartott ünnepek forgatókönyvét jobban tisztázzák? Miért érzik zökkenőmentesebbnek az együttműködést saját, mint párjuk szüleivel? Talán nehezebb erről beszélni, közös nevezőre jutni, vagy úgy gondolják, hogy idővel úgyis kialakul? Mennyire tudják majd ezzel kapcsolatos terveiket megvalósítani – vagy a békeség kedvéért inkább hallgatnak? Lesz-e majd idejük erre, ha minden energiájukat leköti az újszülött gondozása? Mi akadályozza meg őket abban, hogy az újszülött gondozásával kapcsolatos ismereteket megszerezzék? Meghatározható-e egy olyan anyagi háttér, mellyel biztosan elégedettek lennének? (14)

Szakmai tapasztalataim szerint azon családoknál, melyekben a szülők nem hangolják össze elvárásaikat, nem mondják ki véleményüket, feszültségek keletkeznek. Az alábbiakban egy tanulságos példával illusztrálok, ahogyan egy családterápián résztvevő pár ráeszmélt arra, hogyan jutottak el a szerelemtől, a gyermekek megszületésétől a válás gondolatáig:

„A ki nem mondott, szőnyeg alá besöpört problémák a fejünk búbjáig púposították a szőnyeget. Tele lett vele a lakás, nem látunk semmit, már moccanni sem tudunk, szinte megfulladunk. Visszagondolva, bizony az első

púpocskák akkor keletkeztek, amikor megszületett az első gyermekünk. Egy darabig még lavíroztunk, szökdécseltünk, majd ugráltunk a buckák, dombok között fölött, de ide jutottunk, most egy Gellért-hegynyi probléma tornyosul előttünk.” (13; p. 29.)

5. A gyermekneveléssel kapcsolatos felfogások, az alkalmazott pedagógiai módszerek

A pár szülökként olyan új szerepben kap közös feladatot, melynek betöltéséhez nincsen személyes/közös tapasztalata. A kezdetektől nagyon fontos, hogy az anya túlzott, egyszemélyes felelőssége helyett a pár a szülői szerepkörben együtt erősödjön meg. Megtörténik a szülői feladatok felosztása, a közös célok megfogalmazása, valamint a célokhoz vezető, minden családtag számára elfogadható megoldások keresése.

A szülő–gyermek viszony, a gyermekgondozás és -nevelés során – a történelmi előképektől eltérően – a szülők egyre inkább a gyermekek szükségleteinek kielégítésére fókuszálnak (8, 10). A gyermeknevelés módszereit azonban nem csak a társadalomban elfogadott pedagógiai elvek, a szülők elképzelései és magatartása határozzák meg. Egyes kutatások rámutattak arra, hogy ahogyan a szülő hat a gyermekre, úgy a gyermek – már a születés pillanatától, illetve a méhen belüli életszakaszban is – hat a szülőre. A gyermek viselkedése nagymértékben befolyásolja a szülő gyermekkel kapcsolatos gondozói magatartását is (20, 21).

Sok szakember úgy gondolja, hogy legjobb nevelési módszer nem létezik. A kontaktustartás optimális módja is változó, a napirend szabályozottsága, a környezet változatossága, az új benyomások, tapasztalatok szükségessége is a csecsemő viselkedési stílusának függvénye. Bármilyen gyermekgondozási gyakorlat és nevelési módszer csakis a gyermek alapvető szükségleteinek, sajátosságainak figyelembevételével vezethet eredményre.

Az újszülött és a csecsemő gondozásával, nevelésével kapcsolatosan számos felfogás létezik. Egyes nézetek szerint alapvető nevelési elv a kényeztetés – a szülő kényeztető gondozói-nevelői magatartásával biztosítja gyermeke harmonikus nevelését és fejlődését. Egy másik, gyakran hangoztatott vélemény szerint az így gondozott csecsemőből – a minden szükségletet kielégítő nevelés következtében – követelőző és engedetlen gyermek válik. Azt javasolják, hogy a szülő szigorú napirend szerint nevelje a gyermeket, vagyis a csecsemőt megszabott időben kell etetni, nem pedig akkor, amikor éhes; a síró csecsemő felvétele pedig helytelen, mert a gyermeket követelőzővé teszi. Egy harmadik felfogás szerint a szülőnek meg kell találnia az egyensúlyt a korlátozás és az önállóság bátorítása között (9).



Saját szakmai tapasztalataim szerint sem létezik egyértelműen javasolható nevelési módszer, ugyanakkor a szélsőséges nevelési elvek – a túlzott szigor, vagy a túlságosan kényeztető szülői magatartás –, az egyértelmű szabályok, a rendszeresség nélküli élet, valamint a szeretet és annak kimutatása nélküli szülő–gyermek kapcsolat egyértelműen kedvezőtlen hatásúak a gyermek egészséges fejlődése szempontjából.

Az édesanya és az édesapa más-más módszer alkalmazásával lehet sikeres, azonban lényeges a nevelési elvek és célok szülői egyeztetése. Nevelési konfliktus keletkezhet abból, ha a szülők az alapvető nevelési, életmódbeli kérdésekben különböző nézeteket képviselnek, például legyen-e napirend, hogyan alakuljon az esti lefekvés, altatás menete, külön szobában aludjon-e a csecsemő, felvegyék-e minden esetben, ha sír, vagy a sírás típusa függvényében differenciáljanak?

A korai életszakasz nemcsak a gyermekek testi-lelki társaskapcsolati fejlődése, hanem pedagógiai jelentősége miatt is fontos. A szokások, köztük a helyes egészségmagatartás kialakításának gyökerei is, erre az időszakra nyúlnak vissza. A helyes szokásrendszer kialakítása, rögzítése a szülők és nevelők részéről nagy odafigyelést igényel. Bizonyos szokások kialakításának megvannak az ideális körülményei, keretei, módszerei, optimális kezdési időpontja. A jó szokások és a helyes egészségmagatartás kialakulása hosszadalmas, azonban a folyamat egésze nem lehet sikeres, ha a kezdeti időszakban nem történik meg az alapok lerakása és megszilárdítása (2, 9, 10, 18, 20, 22).

Az édesapa, a férfi szerepének megítélésével kapcsolatos, hosszú ideig általánosnak mondható társadalmi megítélés az volt, hogy a férfi a megtermékenyítéssel járul hozzá a terhességhez, szerepe a nő és a család gazdasági támogatására szorítkozott. Az apákat úgy tekintették, mint az „első betolakodót az anya és a gyermek bűvös körébe”. Napjainkban inkább jellemző a szülői feladatok megosztására való törekvés, mind többen tanácsolják azt, hogy az apák kezdettől fogva vegyenek részt a gyermekgondozásban (2, 7, 12).

Egy édesapa gondolatai:

„Most szürke, ködös, fájó minden. Távol vagyunk egymástól. Egyedül vagyok. Nem vagyok, nem vagyunk jól. Valami elromlott, nyoma sincs a szép napoknak. Mindenki teszi egyedül a dolgát, mintha elmennének egymás mellett. Nincs erőm. Néha felkelni is fájó, mi vár megint ránk, mit hoz a holnap, csak rosszabb ne legyen. Tudja, mi tart életben, mi ad erőt nekem? Mi segít abban, hogy küzdjek, hogy újra jó legyen, újból jól legyünk? A szép emlékek, a boldog múlt. Előveszem az esküvőnkön és a nászutunkon készült fotókat. Vidámak, boldogok vagyunk, szorosán egymáshoz bújunk, összeolvadunk, nincsen számunkra lehetetlen. Együtt vagyunk. Laptopomról a kis-

lánymról és rólam, a szülőszobán készült első fotó néz rám. Férfi létemre könnyezek. Lecsukom a szemem, friss apaként a munkából hazatérve, otthonunk ajtaján belépve, a babaszoba finom illata csapja meg az orrom, párom és kislányom hangja simogatja a fületem. Újra hárman vagyunk! Hát ezek tartanak életben, ez ad erőt, hogy harcoljak. Sokat, mindent veszíthetek. Nem veszíthetem el őket, nem veszíthetjük el egymást!” (13; p. 56–57.)

6. A generációk közötti kapcsolatok, konfliktushelyzetek

A szülők és a nagyszülők közötti konfliktusok egyik forrása a különböző nevelési elvekből fakadó nézeteltérés lehet. A fiatal pár sokszor tudatosan más nevelési módszert alkalmaz, mint annak idején saját szülei. Ugyanakkor az is lehetséges, hogy mindkét szülő a saját, származási családjából hozott nevelési módszert tartja helyesnek, emiatt alakul ki konfliktus (13).

Adódhatnak olyan helyzetek is, melyek megront-hatják a nagyszülők és a szülők kapcsolatát. A szülők többször számoltak be olyan esetekről, amikor a nagyszülő a szülők tudta nélkül arany fülbevalót vásárol és kilyukasztatja a csecsemő fülét; a gyermeknél megkezdett gyógyszeres terápiát abbahagyja, más gyógyszert ad neki; saját orvosához viszi, mert benne jobban bízik; új játékot vásárol, mert a régi, agyonmosott kedvencet már undorítósnak tartja és kidobja; új, a gyermeknek eddig még nem adott, nem is adható ételt főz, hogy kisunokája erős legyen..., stb.

A szülők és a nagyszülők közötti különböző nevelési elvek okozta konfliktus – tapasztalataim szerint – inkább a felnőtteknek, mintsem a gyermekeknek jelent problémát. A gyermekek igen rugalmasan alkalmazkodnak a nagyszülők és a szülők esetlegesen különböző elvárásaihoz, szabályaihoz, hamar megtanulják, hogy mi a napirend a nagyszülőknél és mi otthon, mit lehet megtenni és mit nem a mamánál és a papánál, illetve hogy otthon hol vannak a határok. Azonban elengedhetetlen, hogy a szülők és a nagyszülők alapértékekben és -kérdésekben egyezsége jussanak, és a nagyszülők ne tegyenek olyasmit, amit a szülők kifejezetten elleneznek, helytelenítenek, vagy a gyermek egészséges fejlődését veszélyeztetik. Helyes, ha a nagyszülők tiszteletben tartják a szülők ilyen irányú kéréseit. A csecsemő fülének a szülő tudta nélkül való kilyukasztatása, a szülő beleegyezése nélkül gyógyszer adása, vagy annak elmulasztása, a haj levágatása (néha beszámolnak, panaszkodnak ilyen esetekről a szülők) még a jó szándék, kedves meglepetés szándékával sem kelt jó érzéseket, sőt, gyakran igen súlyos konfliktushelyzeteket teremt.

Helyes, ha mind a szülők, mind a nagyszülők meg-egyeznek, melyek azok a nevelési elvek, szabályok,



melyeket mindketten elfogadnak. Az unokák nevelésében való segítséggel kapcsolatos pozitív jelzések kifejezetten használnak a szülő–nagy szülő kapcsolatnak, így a gyermek is pozitív példát lát maga előtt, hogy szerettei az ő érdekében egyezségekre jutnak, tisztelik és segítik egymást (13).

Jelen tanulmányt családterápiás szakmai munkám hívta életre. Reményeim szerint segít megelőzni, feltárni a nehéz helyzeteket, s megtalálni a kivezető utat. Ajánlom leendő szülőknek, családoknak, az őket támogató orvosoknak, család gondozóknak, védőnőknek, pedagógusoknak, valamint egészségfejlesztőknek.

Összefoglalás

A tanulmány a családalapítás során megoldandó helyzetekkel, feladatokkal ismerteti meg az Olvasót. A szerző a családalapítás nehézségeinek okait hat csoportba sorolja. Úgy gondolja, hogy a család strukturális felépítésének, a családtagok helyzetének, szerepeinek, kapcsolatainak változása, a családi fejlődés természetes és váratlan eseményei, az új, megoldásra váró feladatok, a gyermekneveléssel kapcsolatos felfogások, az alkalmazott pedagógiai módszerek, valamint a generációk közötti kapcsolatok és konfliktushelyzetek okoznak leginkább problémát a családot alapító szülőknek. Minden egyes témát úgy mutat be,

hogy az Olvasó megismerheti a szakirodalomra, a szerző saját kutatásaira, valamint szakmai munkájára alapozott eredményeket, s esettanulmányok bemutatásával is segítséget kap a családi élethelyzetek megértéséhez.

Kulcsszavak: családalapítás, a család strukturális felépítése, családi fejlődés, generációk közötti konfliktushelyzetek

Abstract

The study talks about situations in the family, parents need to solve and tasks that can emerge at family foundation. The writer separates the problems' causes into six groups. She thinks the main problems are change in the family's structure and change in family members' situation, roles, relations. Furthermore there can be naturally and suddenly events in the family development, new problems that the parents need to solve and several theories about child rearing, used pedagogical methods, relations and conflicts between generations. Every topic based on literature, the writer's research and based on professional work in order to show the real results to the reader. The study shows case studies which can help to understand these family life situations.

Keywords: family foundation, family's structure, family development, conflicts between generations

IRODALOM

1. Bíró S.–Komlós P. (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv I.* Budapest, Mérei Mentálhigiénés Szolgálat, 1999.
2. Cole M.–Cole S.: *Fejlődéslélektan.* Budapest, Osiris, 1998.
3. Cseh-Szombathy L.: *A házassági konfliktusok szociológiája.* Budapest, Gondolat, 1985.
4. Farkas P.: *Családszociológia és gyermekvédelem.* Piliscsaba, PPKE, 2000.
5. Füredi J.–Buda B. (szerk.): *A család szociálpszichiátriája.* Budapest, Medicina, 1986.
6. G. Gorell Barnes: *Családterápia és gondozás.* Budapest, Animula, 1991.
7. Hardyment C.: „Álomgyerekek.” In: Vajda Zs.–Pukánszky B. (szerk.): *A gyermekkor története.* Budapest, Eötvös Kiadó, 1998.
8. Lloyd de Mause: „A gyermekkor története.” In: Vajda Zs.–Pukánszky B. (szerk.): *A gyermekkor története.* Budapest, Eötvös Kiadó, 1998.
9. Murányi-Kovács Ené–Kabainé H. V.: *A gyermekkor és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája.* Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1988.
10. Nagy J.: *XXI. századi nevelés.* Budapest, Osiris–Századvég, 2000.
11. Novák J.–Barcy M.–Füredi J.–Kaposi Gy.: „Párt(t)a(t)lanul: a társadalmi változások hatása a családban zajló folyamatokra.” In: *Psychiatria Hungarica*, 1991; 6(3): 231–41.
12. Péley B.: *Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődésben.* Pécs, JPTE BTK Pszichológiai Intézete, 2003.
13. Soósné Kiss Zs.: *A sikeres családalapítás többé nem titok.* Budapest, General Press, 2014.
14. Soósné Kiss Zs.: *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása.* Budapest, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, 2007.
15. Soósné K. Zs.: „Szemléletváltás az első gyermeküket váró szülők szakmai támogatásában.” In: *Egészségnevelés*, 2003; 44(2): 76–8.
16. Tóth M.: „Mivel foglalkozik a családterápia?” In: Komlós P. (szerk.): *A határok szerepe a családterápiában.* Budapest, Magyar Családterápiás Egyesület, 1992.
17. Vajda Zs.: *A gyermek pszichológiai fejlődése.* Budapest, Helikon, 1989.
18. Vajda Zs.: *Nevelés, pszichológia, kultúra.* Budapest, Dinasztia Kiadó, 1994.
19. V. Satir.: *A család együttélésének művészete.* Budapest, Coincencia Kiadó, 1999.
20. Zsolnai A.: „A gyermekkor kötődések vizsgálatának lehetőségei.” In: *Pedagógiai Szemle*, 1989; 39(5): 430–7.
21. Zsolnai A.: „A kisgyermekkor kötődések szerepe a személyiségfejlődésben.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 1993; 43(2): 65–9.
22. Zsolnai A.: *Kötődés és nevelés.* Budapest, Eötvös Kiadó, 2001.



A szülésznő megváltozott preventív szerepe a várandósgondozás során

Lipienné Krémer Ibolya tanársegéd,¹ Dr. Mészáros Judit²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dékáni Hivatal

Bevezetés

A hagyományos társadalmi modell szerint a család a társadalom legkisebb létfenntartó egysége, melyben mindenkinek meghatározó szerep jut. Egy nő kiteljesedéséhez természetesen hozzátartozik, hogy feleség, majd anya, míg a férfiéhez, hogy férj, majd apa legyen. Kettőjük szoros kapcsolatának, szerelmének gyümölcse a gyermek.

Habermas szerint a család történetileg meghatározott szervezeti szociális kiscsoport (7).

Egy nő életének leggyönyörűbb pillanata, amikor világra hozza hónapokig szíve alatt hordott magzatát. Ehhez azonban sokszor nagyon hosszú, rögös út vezet. Az áldott időszak, a szülés pozitív élményét meghatározóbbá teheti egy szülésznő segítsége, akiben a várandós nő megbízik.

A téma aktualitását a kedvezőtlen családstatisztikai mutatók is bizonyítják (3). 2000 és 2011 között az első gyermek megszületésekor átlagos női életkor 28–29 évre nőtt (5).

2014. július 1-től a 26/2014. (IV. 8.) *EMMI-rendeletben* foglaltak szerint a szülésznők már nem csak a szülésnél nyújtanak végzettségüknek, szakmai tudásuknak megfelelő segítséget, hanem – önálló kompetencia keretén belül – várandósgondozást is végezhetnek, melynek

egyik kiemelkedő feladata az egészségnevelés. Ez a hír sokakban örömet, míg másokban bizalmatlanságot váltott ki. A szülésznői feladatkörök bővülése miatt fontosnak tartjuk, hogy az egészségneveléssel és -fejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára bemutassuk, hogyan változott a szülésznők szerepe a várandósgondozás és szülés során az új rendszerben.

A szülésznők végzettségük megszerzését követően alkalmassá válnak arra, hogy tanácsot, felvilágosítást nyújtsanak a nők számára terhességük és szülésük alatt, valamint képesek a szülések önálló levezetésére, az újszülöttek, csecsemők gondozására (9).

Történeti áttekintés a szülésznői hivatásról, az elméleti és gyakorlati képzés fejlődéséről

A bábamesterség szinte egyidős az emberiséggel. A történelem folyamán számos utalást, rajzot, írásos emléket, találunk arra vonatkozóan, hogy a szüléseknél mindig jelen volt egy tapasztalt asszony, aki a szülő nőnek segítséget tudott nyújtani.

Az ókori Egyiptomban a rendes szüléseket bábák kísérték, akiknek Mózes ideje előtt külön rendjük és intézményük volt, és nagy tekintéllyel bírtak (1). A *Bibliában*

LEVELEZÉSI CÍM:

Lipienné Krémer Ibolya, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék. *Postacím:* 1088 Budapest, Vas u. 17. *Telefon:* +36-1-486-4890. *E-mail:* lipien@freemail.hu



1. táblázat

**A létszám alakulása a Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Karának Szülésznő szakirányán**

Évfolyam	Teljes idejű képzés	Résztidős képzés
I. évfolyam	52	41
II. évfolyam	70	43
III. évfolyam	51	22
IV. évfolyam	30	15

olvasható, hogy Ráheldt, Jákob második feleségét szintén bába segítette a szülés idején (14).

Kezdetben ezt a tudást megfigyeléssel, a tapasztalatok átadásával szerezték meg, majd később iskolarendszerű képzés keretein belül lehetett a szakmai ismereteket elsajátítani. Ennek időpontja a 15. századra tehető, amikor Németországban megalakult az *Erberefrauen* elnevezésű intézmény, melyben már a bábák ellenőrzésével is foglalkoztak. 1452-ben Regensburgban kiadták az első bába-rendeletet, melyet az ulmi, a nürnbergi és a heilbronni követett. Itt már olvashatunk a szülésznők – mai szóhasználatnál élve – kompetenciájáról, valamint az orvosi oktatás rendszeréről (1).

Kezdetben inkább a tehetősebb családok először szülő nőinél kérték bába segítségét. A paraszti társadalomban inkább a férj, vagy egy tapasztalt, idősebb nő segített a várandósság és a szülés során. A bábák feladata ekkor igen széleskörű volt, a fiatal, először szülő nők támogatása, információkkal való ellátása, a magzatelhajtásban való „segítés”, a szülés alatti érvágás, masszírozás, valamint a táplálkozással kapcsolatos tanácsadás egyaránt feladataik közé tartozott (2).

Egy 1552-ben megjelent rendelet szerint annak, aki továbbra is bábaként kívánt dolgozni, az akkori főhatóságok előtt esküt kellett tennie.

1770-ig a bábák képzettsége három szintre oszlott:

– *okleveles bábák*: a legkisebb létszámú csoport, melynek tagjai főleg a polgárság köréből kerültek ki. Magas szintű elméleti és gyakorlati tudással rendelkeztek, mivel főleg prágai és bécsi egyetemeken tanultak (16).

– *cédulás bábák*: a másodrendű képzésű bábák csoportját alkották. Oktatásuk az elméleti oktatás hiányából adódóan csak a gyakorlati síkra szorítkozott.

– *paraszt- vagy kontár bábák*: ők képviselték a többséget. Sok gyakorlati tapasztalattal de nagyon kevés elméleti tudással rendelkeztek (6).

Mária Terézia idejére – a szakma medikalizálódásával – a bábák feladata egyre inkább a szülés körüli teendőkre szűkült, nem kifejezetten törődve a nők anyává válásának pszichikai folyamatával, és azzal, hogy kitől

tanulják meg az alapvető gyermeknevelési és -ápolási feladatokat (15).

A 19. század elején egy újabb rendelet az akkori bábák képzési idejét öt hónapban határozta meg. 1813-ban például a bábáknak nem csak elméleti tudásukról kellett beszámolniuk, hanem bizonyos eseteket a gyakorlatban is be kellett mutatniuk.

Igazi reformot azonban az 1920-as évek eleje hozott, amikor a bábatanfolyamok időtartamát egységesen 10 hónapra emelték, majd tíz év múlva bevezették a 2 hónapos gyakorlati oktatást is.

1947–1976 között a szülésznők képzési ideje két évre emelkedett. Ennek oka, hogy a képzés a 3640/1949. számú kormányrendelet értelmében beolvadt az egészségügyi szakiskolák egységes rendszerébe, így 1965-től csak azok választhatták e szakirányt, akik érettségivel rendelkeztek. 1973-ban a képzés keretein belül megjelenik a perinatális ellátás, gondozás fontossága (1, 16).

Az 1972/8. számú Egészségügyi Miniszeri rendelet értelmében a szülésznők képzési időtartama 10 hónapra változott. A képzés anyaga: szülészet, nővédelem, nőgyógyászati szakápolás, újszülöttvédelem, alkalmazott gyógyszer- és dietetika. Havi óraszám: 24 óra (4).

Az 1991–1992-es tanévben ismét bevezették a kétéves, nappali tagozatos képzési formát, majd 1994-ben elkezdődött a hároméves képzés is. A szülésznő feladatai között megjelenik a tanácsadás, az akkori képzési program ezt a szülésznő önállóan végzett tevékenységei közé sorolja (*Népjóléti Minisztérium: A szülésznő szakképesítés központi programja 1994*).

2000-től lehetővé vált, hogy a korábban másféle képzési formában részesültek különbözeti vizsgát tessenek, így a szakképesítést szerzett szülésznők végzettségét felsőfokúnak fogadták el. A program neve „Szülésznői HÍD”. Ezután megindult az érettségire épülő hároméves képzés (1, 16).

2006-ban elindult a négyéves, diplomátadó BSc (bachelor) képzés. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán szintén ekkor indult meg a képzés, nappali és levelező tagozaton, viszonylag alacsonyabb hallgatói lét-



számmal, mely azonban napjainkra nagyon keresett és sikeres szakká nőtt.

Hallgatóink a nyolc félév során megalapozott elméleti tudásra tesznek szert. Tanórán kívüli, 5–6 hetes szakmai gyakorlatukat budapesti és vidéki kórházak/klinikák szülészeti-nőgyógyászati osztályain töltik. A gyakorlatok – általános ápolástani ismeretekkel – már a második tanévben elkezdődnek. Gyakorlati óraszámuk magas, 990 óra, ahhoz azonban, hogy megfelelő ismeretekre tegyenek szert, ez az óraszám nélkülözhetetlen.

A szülésznők feladata a preventív ellátás során

A 2014. június 1-jével életbe lépő törvényi (26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet) lehetőség során a szülésznők önállóan, mint „felelős személy” végezhetnek várandósgondozást „kizárólag szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított, alacsony rizikójú várandósság esetén. (1.§.3) Alacsony rizikójú a várandósság akkor, ha a várandós családi, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja”.

E szabályozással a várandósgondozás és egészségfejlesztés új fejezete kezdődik, mivel a várandóst gondozó szakmai teamben sokkal nagyobb hangsúllyal vesznek részt a szülésznők, mint az ezt megelőző (13) időszakban. E tevékenységi kör egyik alappillére az egészségfejlesztés. A szülésznők főiskolai képzésük során megfelelő elméleti tudást kapnak arra vonatkozóan, hogy – önálló kompetenciájukként – egészségfejlesztésre képes szakemberekké váljanak a primer és szekunder, vagy akár a tercier prevenció területén.

A primer prevenció szintjén a szülésznő képes tanácsot adni, segítséget nyújtani a várandósság és gyermekágyi időszak alatti egészséges életmóddal, egészséges táplálkozással, testmozgással, személyi higiénével és a lelki egyensúly fontosságának hangsúlyozásával kapcsolatban (8). Továbbá lehetősége van felkészíteni a várandóst a szülésre, az újszülött fogadására. Fontos, hogy a szülésznők mindezt a holisztikus szemléletmód kialakításával tegyék.

A szülésznők feladata nem csak a várandósság alatti helyes életmódra és a szülésre, hanem a szülői szerepre való felkészítés is. Az egyéni, párban és csoportosan történő, hagyományos felkészítési módszereken túl a szülői szerepre való felkészítésben új felkészítő elemek (10) is megjelennek.

Elengedhetetlen a szülész-nőgyógyász szakorvos és a választott szülésznő szoros együttműködése, valamint az, hogy azonos szakmai alapelveket, protokollokat

képviseljenek, azonos preventív szemlélettel rendelkezzenek, mellyel a várandós számára segítséget tudnak nyújtani. Fontosnak tartom továbbá, hogy ebbe a munkába – az egészségesebb és sikeresebb életvezetés elérése érdekében – a családot is be kell vonni, és a preventív szemlélet kialakításában támogatni, segíteni kell.

A szekunder prevenció keretén belül fontos kiemelni, hogy alapos anamnéziszfelvétellel, precíz nyomkövetéssel, megfigyeléssel a szülésznő segítheti a betegségek korai felismerését, így a szakorvosok munkáját is (8).

A tercier prevenció terén a főszerep a szakorvosoké, hiszen itt a gyógykezelés a meghatározó. Egy jó szülésznő azonban ezen a területen is megtalálja a számára fontos feladatokat, hiszen azáltal, hogy felhívja a várandós nő figyelmét a gyógykezelések, vizsgálatok fontosságára, az orvos által előírt gyógyszeradagolás pontos betartására, sokat tehet a várandós és születendő gyermeke életminősége, egészségi állapota javítása érdekében (8).

„A szakemberek közötti közös munka, a család, a szakemberek részéről egyaránt indokolt, hiszen a sikeres együttműködés, a jó munkakapcsolat, a családok elégedettsége, a közösen megfogalmazott célok elérése csak úgy lehetséges, ha az együtt dolgozó szakemberek ismerik és tiszteletben tartják egymás kompetenciáját, lehetőségeit” (11). A fenti cél megvalósítását hivatott segíteni a szülésznői munka változását, egészségfejlesztési lehetőségeit bemutató jelen tanulmány.

Összefoglalás

A tanulmány aktualitását elsősorban egy új, a szülésznők egészségnevelési tevékenységére az előzőeknél jobban fókuszáló 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet adja, melynek 5.§ e) bekezdése a szülésznő kiemelt feladatai közé sorolja a tájékoztatás fontosságát: „tájékoztatja a várandóst a várandósság alatt követendő egészséges életmódról, különös tekintettel a dohányzás, az alkohol- és kábítószerfogyasztás várandósságra gyakorolt káros következményeiről”.

Egyetértve egy korábban, jelen folyóiratban megjelent szerzői véleménnyel, „a családalapítás és gyermekvállalás témája örök szakmai kategóriaként deklarálható. Mind az egyének, a párok, családok és a társadalom egésze, mind a prevenció területén dolgozó szakemberek számára kiemelt jelentőséggel bír, melynek aktualitását a törvényekben, kompetenciákban bekövetkező változások teszik még aktuálisabbá” (12).

A szülésznői kompetencia változása okán fontosnak tartottuk, hogy összefoglaló képet adjunk a szülésznői hivatás történeti változásairól, a képzés átalakulásáról, tartalmi elemeiről, valamint a legújabb egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokról. A szülésznők munkájában az önálló kompetencia keretén belül végezhető várandós-



gondozás, egészségfejlesztés nagy mérföldkönek számít. Érdekes a témával foglalkozó szakembereknek is megismerkedniük az új helyzetből fakadó változásokkal.

Kulcsszavak: szülésznő, képzési és kompetenciabeli változások, egészségfejlesztés

Abstract

The actuality of the study is given primarily by a new order (26/2014. (IV. 8.) EMMI) which focuses on the midwives' health care better than it did before. The paragraph of this order 5.§ e) lists the importance of giving information among the midwives' tasks of high priority. They inform the pregnant women about the healthy way of life to be followed during the pregnancy, especially the harmful consequences of smoking, alcohol and drug

consuming. Agreeing with the author's opinion published in an earlier issue of *Health Development*, „the topic of family starting and having babies can be declared as an eternal professional category for the individuals, the couples, the families and for the whole society and for those experts who work in the preventive field” (12). Since the midwives' competency has been changed, we assume it important to provide a summary about the historical change of the midwife's profession, the actuality of the training, as well as, the latest midwives' health care work. The pregnancy care which can be done within the individual competency in this work counts a great landmark. For the other experts working in the same field it is worth studying the changes arising from the new duties.

Keywords: midwives, changes of education and competency, health development

IRODALOM

1. Buda J.: *Az anyaság és bábaság története*. Pécsi Orvostudományi Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, 1995.
2. Deáky Z.: *A baba a magyarországi népi társadalomban*. Centrál-Európa Alapítvány, Budapest, 1996. 133.
3. *Demográfiai évkönyv 2011*. KSH, Budapest, 2012.
4. „Az egészségügyi miniszter 8/1972. (Eü.K.5.) Eü.M. számú utasítása.” In: *Egészségügyi Közlöny*, 1972.
5. Kapitány B.–Spéder Z.: „Gyermekvállalás.” In: Öri P.–Spéder Z. (szerk.): *Demográfiai Portré Jelentés*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2012. 31–44.
http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/DemPort2012/Demografiai_Portre_2012.pdf (2014.03.05.)
6. Katona Zné.: *A szülésznők képzés története Magyarországon: A ezdetektől 1945-ig*. Batthyány-füzetek, 2., Batthyány-Strattmann László Egészségügyi Szakközépiskola és Gimnázium, Budapest, 1991.
7. Komlósi, P.–Komlósi, S.: *Családi életre nevelés*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1995. 19–66.
8. Odor A.–Tóth Gyné–Csordás Á.: *A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2004.
9. *Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, IX. Orvos- és Egészségtudomány Képzési terület, Ápolás és Betegellátás Alapképzési szak, Szülésznő szakirány, Képesítési Követelmény*
10. Soósné Kiss Zs.: „Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben.” In: *Egészségnevelés*, 2002; 43(6): 276–9.
11. Soósné Kiss Zs.: „Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában.” In: *Nővér*, 2002; 15(5): 7–10.
12. Soósné Kiss Zs.: „Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára.” In: *Egészségfejlesztés*, 2009; 50(3): 14–18.
13. Soósné Kiss Zs.: „Vor- und Nachsorge ohne Hebammen.” In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 2009; (10): 68–70.
14. *Teremtés 35, 16–17. Biblia Ószövetségi és Újszövetségi Szentírás*. Szent István Társulat, Budapest, 1979.
15. Varga K.–Suhai G.: *Szülés és születés: lélektanon innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest, 2010. 98–143.
16. Werling Jné–Forrai M.: *A magyarországi bábaképzés főbb állomásai*.
<http://vmek.oszk.hu/01800/01887/html/ezersz13.htm> (2014.12.15.)



A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók egészségi állapota és káros szenvedélyei

Dr. Németh Anikó adjunktus

Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Bevezetés

Az ápolók egészségi állapota az egészségügy régóta kutatott területe. A nem megfelelő egészségi állapot nem csupán az ápolóknak okoz többletterhelést, hanem hatással van a munkavégzés minőségére és az ellátott betegek elégedettségére is (5). Az ápolókra jellemző, hogy egészségi állapotukat inkább *jónak* és *megfelelőnek* értékelik, a *kiváló* megjelölés csak az esetek 3,6–9,1%-ában figyelhető meg (4;6;7). Az egészségi állapot önértékelése a munkavégzés szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír, ugyanis az egészségi állapotukat *jónak* vagy *nagyon jónak* értékelő ápolók inkább elégedettek fizikális munkakörnyezetükkkel, kevésbé érzik munkájukat fárasztónak, mint azok az ápolók, akik testi egészségüket *rossznak*, vagy *nagyon rossznak* értékelik (12).

Kutatások bizonyítják, hogy az egészségügyi szakdolgozók jelentős többsége küzd valamilyen krónikus megbetegedéssel. A leggyakrabban szív- és érrendszeri, mozgásszervi, és endokrin megbetegedések fordulnak elő (3;7;8), valamint gyakoriak a gerincbántalmak is (1;4).

Az egészségügyi dolgozók példaként jelennek meg betegek előtt, ezért nagyon fontos, hogyan viszonyulnak saját betegségükhöz. Több vizsgálat is rámutatott, hogy betegség esetén háromnegyedük nem vesz igénybe táppénzt (7;9;10).

Az indokolatlan gyógyszerfogyasztás, valamint a káros szenvedélyek megítélése nehézségekbe ütközik, hiszen önbevallásos alapon működik. Hazánkban nem igazán jellemző az indokolatlan gyógyszerfogyasztás (9), de külföldön – a könnyű elérhetőség miatt – az ápolók gyakran folyamodnak munkahelyi öngyógyszereléshez (11).

Az egészségügyi szakdolgozók harmada rendszeresen dohányzik (9), bár néhány felmérés 40–50%-os dohányzási gyakoriságról számol be (6;7). A dohányzás gyakoriságát a műszakbeosztás jelentősen befolyásolja. Az állandó délelőtti műszakban dolgozó ápolók 21,8%-a, a három műszakos munkarendben dolgozók 41%-a, az állandó éjszakai műszakban dolgozók 28,6%-a, a délelőtti és délutáni váltott műszakban dolgozók 14,3%-a vallotta magát dohányosnak (9).

Az alkalmoszerű alkoholfogyasztók aránya 34,5–77% között változik (7;9). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók 37,9%-a dohányzik, 28%-a iszik három vagy több kávét naponta, 20,4%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt, (2) a rendszeres kávéfogyasztók aránya pedig 69,4–81,8% (6;7).

Mindezen eredmények alátámasztják, hogy az ápolók egészségi állapota és káros szenvedélyei nem példaeértékűek a betegek számára. Vizsgálatom célja volt feltárni a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók egészségi állapo-

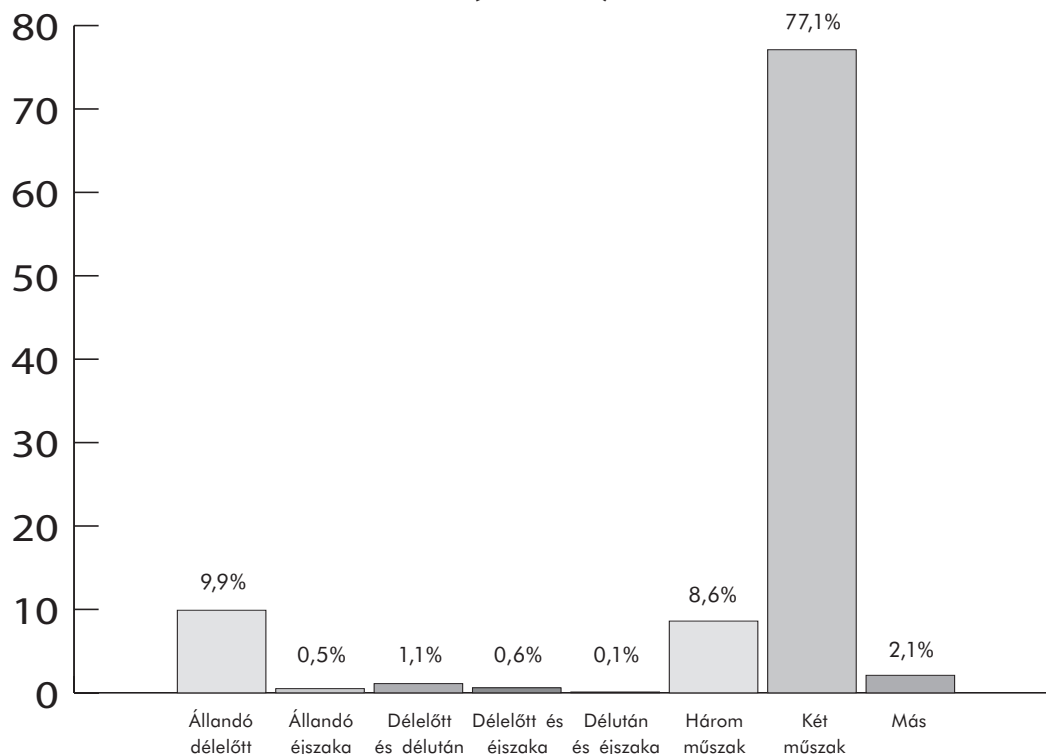
LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Németh Anikó, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport. Postacím: 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. Telefon: +36-62-341-814. E-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu



1. ábra

**A válaszadók műszakbeosztás szerinti megoszlása
(N = 1 048)**



tának önértékelését, krónikus betegségeit, gyógyszereszedési szokásait, káros szenvedélyeit, valamint táppénzen töltött napjainak számát. Kutatásom során arra kerestem választ, hogy az életkor, az iskolai végzettség, a műszakbeosztás, valamint a fekvőbeteg-osztály jellege fenti mutatókat miként befolyásolja. A felmérésben kifejezetten a fekvőbeteg-ellátásban dolgozókat céloztam meg, mivel feltételeztem a többműszakos munkarend egészére gyakorolt kedvezőtlen hatásait.

Minta és módszer

A keresztmetszeti vizsgálat 2010 utolsó negyedében, saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt, mely az egészségi állapotra, a gyógyszereszedési szokásokra vonatkozó kérdéseken túl tartalmazta a jól-létet, a munkaelégedettséget és a munkahelyi változásokat vizsgáló kérdéseket is. A felmérésben a *bajai*, a *gyulai*, a *kecskeméti*, a *nyíregyházi*, a *székesfehérvári* és a *szombathelyi kórházak* azon ápolói vettek részt, akik legalább egy éve az adott kórházban, teljes munkaidőben, a fekvőbeteg-ellátásban dolgoztak beosztott ápolóként. Baján egyszerű véletlen, a többi kórházban szisztematikus mintavételi eljárást alkalmaztam. Az 1 587 darab kiosztott kérdőívből 1 048 darab értékelhető érkezett vissza (66,03%). Jelen

tanulmányban az egészségi állapotra vonatkozó rész-eredményeket mutatom be. A mintában csak női válaszadók szerepelnek.

Az adatelemzést SPSS 19.0 for Windows statisztikai programmal, Kruskal-Wallis teszttel, varianciaanalízissel és χ^2 -próbával végeztem. A szignifikanciakritérium határa $p < 0,05$.

Eredmények

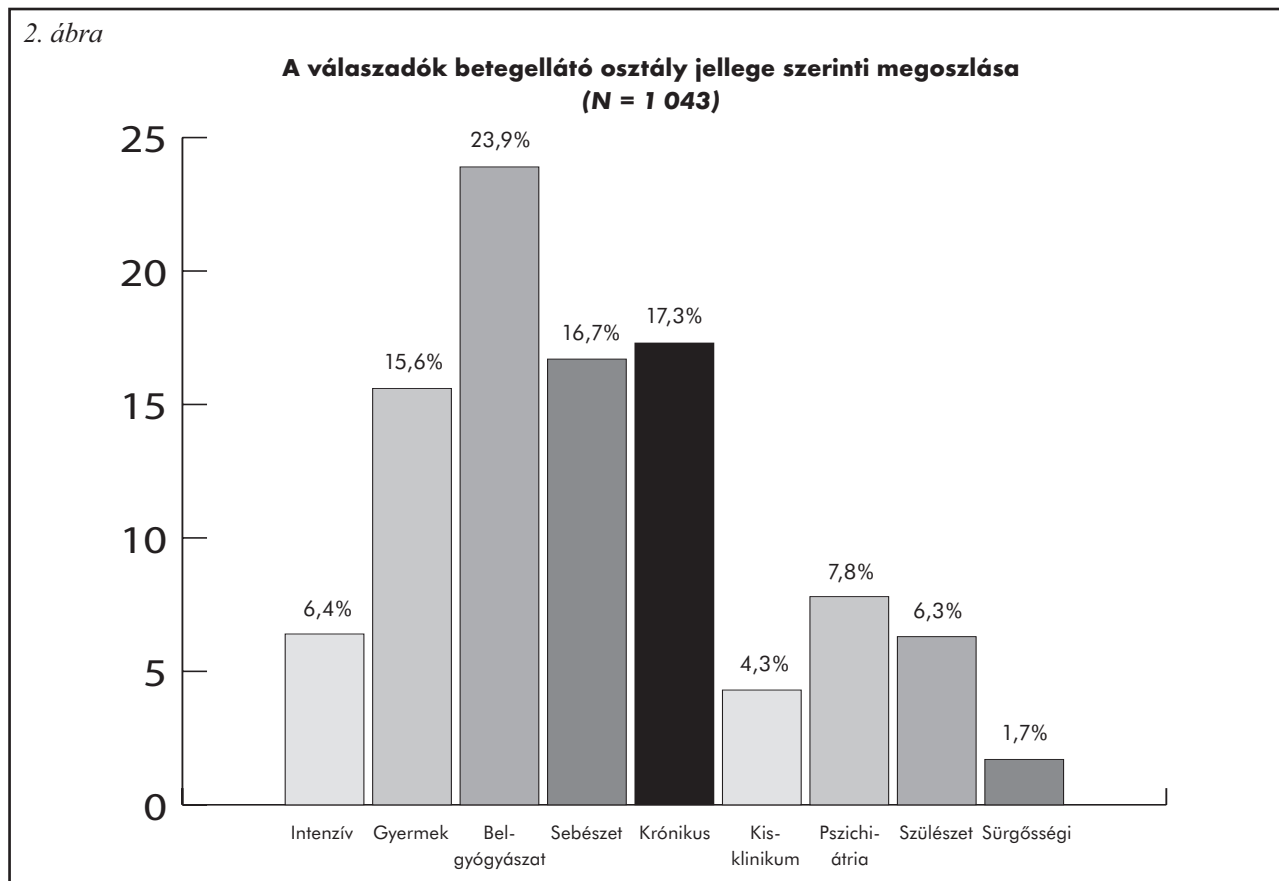
A válaszadók átlagéletkora 38,47 év (SD: 8,78 év), átlagosan 17,45 éve (SD: 9,78 év) dolgoznak az egészségügyben. 13,6%-nak (142 fő) nincs érettségije, 70,9% (740 fő) érettségivel rendelkezik, 15,4% (161 fő) főiskolai vagy egyetemi végzettségű (5 fő nem adta meg végzettségét). Többségük (77,1%) 12 órás műszakbeosztásban dolgozik, a 8 órás (három műszak) munkabeosztásban dolgozók aránya 8,6% (1. ábra).

A válaszadók többsége belgyógyászat (23,9%), krónikus (hosszú ellátási idejű) osztályon (17,3%), sebészet (16,7%) és gyermekgyógyászati osztályon (15,6%) dolgozik. A kisklinikum-csoportosítás a fül-orr-gégészetet, a szemészetet és a bőrgyógyászatot foglalja magában. Öt fő nem jelölte meg, milyen osztályon dolgozik (2. ábra).

Az egészségi állapot önértékelésének vizsgálatára egy



2. ábra



négyfokozatú Likert-skálát alkalmaztam (1 = kiváló, 2 = jó, 3 = megfelelő, 4 = rossz). A válaszadók átlagosan 2,44-re értékelték egészségi állapotukat. 7,3%-uk tartja kiválónak, 43,9% jónak, 46,2% megfelelőnek és 2,6% rossznak.

Az egészségi állapot önértékelését az életkor jelentősen ($p < 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 28,294$) befolyásolja: minél magasabb, a megkérdezettek annál rosszabbnak ítélik egészségi állapotukat. Az iskolai végzettség szintén szignifikáns mértékben befolyásolja az egészségi állapot önértékelését ($p < 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 20,602$): minél magasabb az iskolai végzettség, a válaszadók annál jobbnak értékelték saját egészségi állapotukat – az érettségivel nem rendelkezők átlagosan 2,63-ra (SD: 0,601), az érettségizettek átlagosan 2,44-re (SD: 0,672), a diplomával rendelkezők átlagosan 2,29-re (SD: 0,656). A műszakbeosztás nem ($p = 0,297$; $\text{K}\chi^2 = 8,415$), a betegellátó osztály jellege viszont jelentősen meghatározza az egészségi állapot önértékelését ($p = 0,005$; $\text{K}\chi^2 = 21,881$). A legjobbnak a sürgősségi osztályon (átlag 2,17; SD: 0,618), majd a sebészetben dolgozók értékelték egészségüket (átlag 2,29; SD: 0,652), a legrosszabbnak a belgyógyászatban (átlag 2,54; SD: 0,634), a krónikus osztályokon (átlag 2,50; SD: 0,664) és a pszichiátrián (átlag 2,48; SD: 0,726).

A krónikus betegségek vizsgálata

A válaszadók közül mindösszesen 18,1% azok aránya, akik egyetlen krónikus betegségben sem szenvednek, 21,7%-uknak egy; 22,5%-uknak két; 15,3%-uknak három szervrendszert érintő megbetegedése fordult elő a leggyakrabban, a többiek ennél több krónikus betegség egyidejű meglétéről számoltak be. Minél magasabb az életkor, annál több krónikus betegség fordult elő a válaszadók körében ($p < 0,001$). Az iskolai végzettség ($p = 0,439$), a műszakbeosztás ($p = 0,360$) és a betegellátó osztály jellege ($p = 0,054$) alapján nem találtam különbséget a krónikus betegségek átlagos számának előfordulásában. A szívbetegség, a magas vérnyomás ($p < 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 65,454$), az aranyér, a visszértágulat ($p = 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 17,911$), az ízületi betegségek ($p < 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 87,938$), a cukor- és pajzsmirigy-betegségek ($p < 0,001$; $\text{K}\chi^2 = 23,839$) előfordulása az életkor előrehaladtával egyenes arányban nő. Az ideggyengeség, a lelki és érzelmi problémák kifejezetten a 35–54 éves korosztályban fordulnak elő ($p = 0,003$; $\text{K}\chi^2 = 16,152$), a migrén és más idegrendszeri betegségek pedig a 35–44 éves korosztály 31%-át sújtják ($p = 0,030$; $\text{K}\chi^2 = 10,728$).

Minél magasabb az iskolai végzettség, annál kevésbé fordulnak elő ízületi megbetegedések ($p < 0,001$;



1. táblázat

**A jelentős különbséget mutató krónikus betegségek megoszlása
a betegellátó osztályok tükrében**

Az osztály jellege	Ízületi betegség	Ideggyengeség, lelki/ érzelmi probléma
Intenzív osztály	28,4%	10,4%
Gyermekosztály	27,0%	1,8%
Belgyógyászat	41,4%	5,2%
Sebészet	28,2%	2,3%
Krónikus betegségek osztálya	43,9%	2,2%
Kisklinikum	22,2%	4,4%
Pszichiátria	32,1%	7,4%
Szülészeti	24,2%	1,5%
Sürgősségi osztály	33,3%	0%

$\chi^2 = 24,103$). Az érettségivel nem rendelkezők 50,7%-a, az érettségizettek 32,8%-a, a diplomások 24,8%-a szenved ízületi megbetegedésben.

A cukor- és pajzsmirigy-betegségek leggyakrabban az állandó délelőtti körében fordulnak elő ($p = 0,007$; $\chi^2 = 19,376$).

Az ízületi megbetegedések ($p = 0,001$; $\chi^2 = 26,807$), valamint az ideggyengeség, a lelki és érzelmi problémák ($p = 0,022$; $\chi^2 = 17,911$) előfordulási gyakoriságát tekintve az egyes betegellátó osztályok dolgozói között jelentős a különbség. Az ízületi megbetegedések leginkább a belgyógyászat, a krónikus és pszichiátriai osztályokon, legkevésbé a kisklinikumi és szülészeti osztályokon dolgozók körében fordulnak elő. Az ideggyengeség, a lelki és érzelmi problémák leginkább az intenzív és pszichiátriai osztályokon, legkevésbé pedig a sürgősségi, a szülészeti és a gyermekgyógyászati osztályokon jellemzőek (1. táblázat).

A többi megbetegedés esetében nem mutatkozott jelentős különbség a betegellátó osztályok dolgozói között, az azonban elmondható, hogy a szívbetegség és a magas vérnyomás a szülészeti (33,3%) és a sürgősségi (27,8%) osztályokon, a visszártágulat a szülészeti (53%), a cukor- és pajzsmirigy-betegség a sürgősségi osztályokon (11,1%), az idegzása és az ideggyulladás a belgyógyászat és a sürgősségi osztályokon (5,6%) dolgozóknál jelentkezik gyakrabban. A migrén (19,6%) és a bőrbetegségek (4,3%) legkevésbé a gyermekgyógyászati osztályokon dolgozókat sújtják, a migrén előfordulása – a többi osztályon dolgozóhoz képest – a sebészeti dolgozóknál szintén alacsony (21,1%). A daganatos megbetegedések a sürgősségi ellátásban dolgozók 5,6%-át, az allergia

44,4%-ukat, a nőgyógyászati megbetegedések pedig 22,2%-ukat érintik, mely a többi osztály dolgozóinál jóval magasabb arány.

A gyógyszereszedési szokások vizsgálata

A válaszadók közül a rendszeresen gyógyszert szedők aránya meglehetősen alacsony, alkalmanként is inkább a nyugtató szedése jellemző (2. táblázat).

Minél magasabb az életkor, annál gyakrabban szednek alkalmanként nyugtatót ($p = 0,008$; $\chi^2 = 20,596$), rendszeresen a 35 év felettiek 2%-a használja. A rendszeres altatószedés a 35–54 évesek 0,8%-át érinti, az ennél fiatalabb korosztályt egyáltalán nem. A különbség jelentős ($p = 0,029$; $\chi^2 = 17,076$). Az alkalmankénti altatószedés a 25–34 évesekre jellemző (2,6%), a többi életkori csoportban arányuk 7,7–10,4%. Antidepresszánsokat csak a 35–54 évesek szednek (2,2–2,3%-os arányban), alkalmanként leginkább a 45–54 évesek (4,5%), a többi életkori csoportban ennél kisebb arányban. A különbség jelentős ($p = 0,019$; $\chi^2 = 18,356$).

Az iskolai végzettség csak a nyugtatók szedését befolyásolja szignifikáns mértékben ($p = 0,002$; $\chi^2 = 17,496$). Minél magasabb az iskolai végzettség, annál alacsonyabb az alkalmanként nyugtatót fogyasztók aránya (diplomások: 11,2%; érettségizettek: 12,2%; érettségivel nem rendelkezők: 23,2%). Az érettségivel nem rendelkezők 2,8%-a, az érettségizettek 0,9%-a, a diplomások 1,9%-a szed rendszeresen nyugtatót.

A műszakbeosztás jellege mindhárom gyógyszer típus szedését jelentős mértékben befolyásolja. Alkalmankénti nyugtatószedés az állandó délelőtti 19,2%-ára,



2. táblázat

**A gyógyszereszedés gyakorisága a válaszadók körében
(N = 1 048)**

A gyógyszer megnevezése	A szedés gyakorisága		
	nem	alkalmanként	rendszeresen
Nyugtató	85%	13,6%	1,4%
Altató	92,6%	6,9%	0,5%
Antidepresszáns	96,4%	2,3%	1,3%

3. táblázat

**A káros szenvedélyek gyakorisága a válaszadók körében
(N = 1 048)**

Káros szenvedély	A használat gyakorisága		
	nem	alkalmanként	rendszeresen
Dohányzás	57,8%	9,6%	32,6%
Kávéfogyasztás	14,2%	20,2%	65,6%
Alkoholfogyasztás	58,3%	41,5%	0,2%

a 8 órás műszakbeosztásban dolgozók (három műszak) 17,8%-ára jellemző. A gyógyszer rendszeres szedése az állandó délelőttiösök 1,9%-át érinti. A többi műszakbeosztásban jelentősen kevesebb a nyugtatók szedők aránya ($p = 0,001$; $\text{Khi}^2 = 35,725$). Az *alkalmankénti altatószedés* a 8 órás műszakbeosztásban (három műszak) dolgozók 8,9%-át, a 12 órás műszakbeosztásban dolgozók 7,1%-át érinti. A különbség a többi műszakbeosztáshoz képest jelentős ($p < 0,001$; $\text{Khi}^2 = 46,569$).

*Antidepresszáns*t alkalmanként leginkább az állandó délelőttiösök (2,9%), rendszeresen pedig a 12 órás műszakbeosztásban dolgozók (1,1%) szednek ($p = 0,019$; $\text{Khi}^2 = 27,020$).

A betegellátó osztály jellege egyik gyógyszer szedését sem befolyásolja jelentős mértékben, viszont az adatelemzés során szembetűnő különbségek merültek fel. Az *alkalmankénti nyugtatószedés* legkevésbé a sürgősségi (5,6%) és a gyermekgyógyászati osztályokon (9,8%) dolgozók körében fordul elő, viszont az intenzív osztályokon dolgozók szedik leginkább rendszeresen (4,5%). *Altatót* legkevésbé a sürgősségi (0%) és a pszichiátriai (4,9%) osztályokon dolgozók szednek alkalmanként, rendszeres szedése egyik osztályon sem jellemző.

*Antidepresszáns*t a szülészetben (6,1%) és az intenzív osztályokon (4,5%) dolgozók szednek alkalmanként (a többi osztályon ennél ritkábban), rendszeresen leginkább az intenzív (4,5%) és a kisklinikumi (4,4%) osztályokon dolgozók.

A káros szenvedélyek vizsgálata

A válaszadók 9,4%-nak (99 fő) saját bevallása szerint egyetlen káros szenvedélye sincs. A rendszeresen *dohányzók* aránya 32,6%, a *rendszeresen kávéfogyasztók* pedig 65,6% (3. táblázat).

Az életkor előrehaladtával a rendszeresen kávéfogyasztók aránya jelentősen nő ($p < 0,001$; $\text{Khi}^2 = 41,050$): míg a 24 év alattiak 45,6%-a, addig az 55 év feletti 77,1%-a fogyaszt rendszeresen kávé.

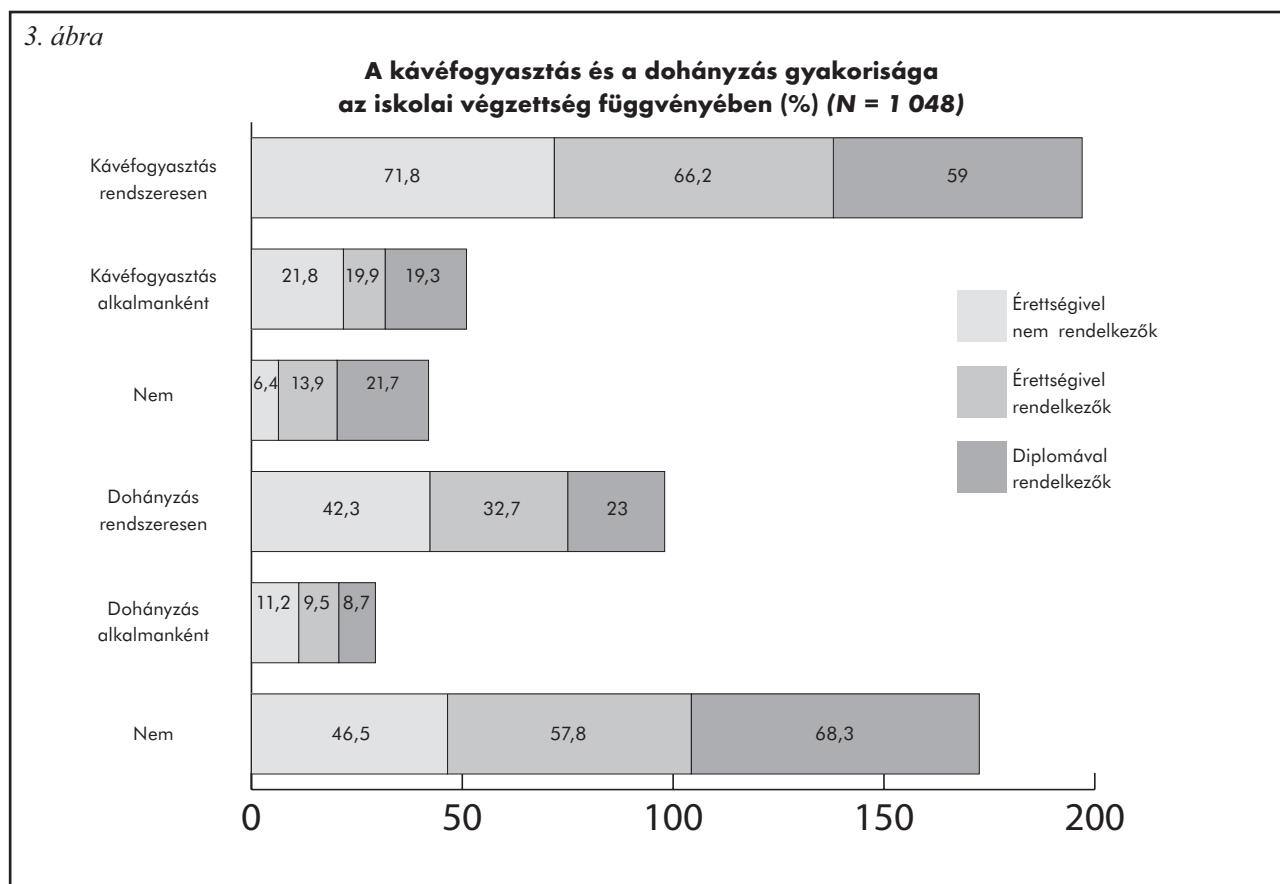
Az életkor nem befolyásolja jelentős mértékben a *dohányzás* gyakoriságát ($p = 0,256$; $\text{Khi}^2 = 10,137$). Az *alkalmankénti dohányzók* aránya a 25–34 (11,9%), valamint az 55 év feletti (10,4%) korosztályban a legmagasabb. A 24 év alattiak 43,9%-a, a 45–54 évesek 37,6%-a rendszeresen dohányzik, a többi korosztályban a rendszeresen dohányzók száma ennél lényegesen kevesebb (29,7–31,3%).

Az életkor nem befolyásolja az *alkoholfogyasztás* gyakoriságát sem ($p = 0,067$; $\text{Khi}^2 = 14,617$), az *alkalmankénti fogyasztók* legmagasabb aránya (52,1%) az 55 év feletti korosztályban figyelhető meg. A többi korosztályban az *alkalmankénti alkoholfogyasztók* aránya 39,7–45,6%. Mindössze két válaszadó jelzett – saját bevallása szerint – rendszeres szeszesital-fogyasztást.

Az iskolai végzettség jelentős mértékben befolyásolja a *kávéfogyasztás* ($p = 0,005$; $\text{Khi}^2 = 14,973$) és a *dohányzás* ($p = 0,004$; $\text{Khi}^2 = 15,437$) gyakoriságát. Az érettségivel nem rendelkezők 71,8%-a fogyaszt rendszeresen.



3. ábra



resen kávé, 42,3%-a rendszeresen dohányzik. A diplomával rendelkező ápolók hódolnak legkevésbé ezen szenvedélyeknek (3. ábra).

A végzettség nem függ össze az *alkoholfogyasztás* gyakoriságával ($p = 0,526$; $\text{Kh}^2 = 3,196$). Mindössze egy érettségizett és egy diplomás vallotta magát rendszeres alkoholfogyasztónak.

A műszakbeosztás egyik káros szenvedély élvezeti gyakoriságát sem befolyásolta jelentős mértékben.

A betegellátó osztály jellege jelentős hatást gyakorol az ápolók *dohányzási szokásaira* ($p = 0,017$; $\text{Kh}^2 = 30,116$). Leginkább a pszichiátrián (45,7%) és a sürgősségi (50%) osztályokon, legkevésbé a szülészeti (13,6%), a gyermekgyógyászati (26,4%) és a kisklinikumi osztályokon (28,9%) dolgozók dohányoznak rendszeresen.

Az egyes osztályok dolgozói között az *alkalmi alkoholfogyasztás* gyakoriságában is különbség mutatkozott ($p = 0,005$; $\text{Kh}^2 = 34,080$). Leginkább a sürgősségi (61,1%), a belgyógyászati (48,2%) és a krónikus (47,2%) osztályokon, legkevésbé a kisklinikumi (24,4%), a szülészeti (25,8%) és a gyermekgyógyászati osztályokon dolgozók (34,4%) fogyasztanak alkalmanként valamilyen szeszesítalt. Rendszeres fogyasztónak egy gyermekápoló és egy pszichiátriai ápoló vallotta magát.

A *kávéfogyasztást* a betegellátó osztályok típusa nem

befolyásolja ($p = 0,264$; $\text{Kh}^2 = 19,083$). A legkevésbé rendszeres fogyasztó a gyermekgyógyászati és kisklinikumi osztályokon, valamint a szülészeten dolgozók köréből került ki (57,6–58,3%).

A táppénzes napok számának vizsgálata

A válaszadók a felmérést megelőző egy évben átlagosan 3,25 napot (SD: 12,544), 79,1%-uk egyetlen napot sem volt táppénzen. Az életkor előrehaladtával nem jelentős mértékben nő a táppénzes napok száma ($p = 0,867$). Ezt – igaz, nem jelentős mértékben – az iskolai végzettség is befolyásolja ($p = 0,777$) – a diplomások átlagosan 3,63 napot, az érettségivel nem rendelkezők 2,62 napot vettek igénybe. A táppénzes napok számát a betegellátó osztály jellege nem jelentősen ($p = 0,558$), a műszakbeosztás pedig nem befolyásolja ($p = 0,920$). Elmondható, hogy a legtöbbet a sürgősségi, a kisklinikumi és a sebészeti osztályokon dolgozó ápolók voltak táppénzen (4. táblázat).

A táppénzes napok száma függ az egészségi állapot önértékelésétől is ($p = 0,007$). Az egészségi állapotukat *kiváló*nak értékelők átlagosan 0,95 napot (SD: 3,278), a *jónak* értékelők 2,72 napot (SD: 11,253), a *megfelelő*nek értékelők 3,74 napot (SD: 13,563), a *rossznak* érté-



4. táblázat

**Az átlagos táppénzes napok száma
a betegellátó osztályok tükrében**

Az osztály jellege	N	Az átlagos táppénzes napok száma	SD
Intenzív osztály	67	2,73	7,668
Gyermekosztály	163	3,55	17,296
Belgyógyászat	249	1,99	5,004
Sebészet	174	4,36	14,449
Krónikus betegségek osztálya	180	3,19	8,040
Kisklinikum	45	4,62	14,683
Pszichiátria	81	2,88	20,056
Szülészeti	66	3,20	8,415
Sürgősségi osztály	18	7,56	24,761

kelők 10,04 napot (SD: 23,949) voltak táppénzen a kérdőív kitöltését megelőző egy évben.

Következtetések

A felmérésből következtetésként levonható, hogy az életkor előrehaladtával romlik a saját egészségi állapot megítélése, viszont az iskolai végzettség növekedésével az egészség önértékelése is javul. A legrosszabbnak a belgyógyászatot, a krónikus osztályokat és a pszichiátrián dolgozók értékelték saját egészségüket, mely valószínűsíthetően a nagyfokú leterheltségből adódik.

A válaszadók 81,9%-a küzd valamilyen krónikus megbetegedéssel, gyakori a több szervrendszer együttes megbetegedése. Az *ideggyengeség*, a *lelki és érzelmi problémák* kifejezetten a 35–54 éves korosztályban fordulnak elő, a *migrén* és az *idegrendszeri betegségek* pedig a 35–44 éves korosztály körében jellemzőek. Minél magasabb az iskolai végzettség, annál kevésbé fordulnak elő *ízületi megbetegedések*. Ennek oka az lehet, hogy a diplomát adó képzésekben nagy hangsúlyt fektetnek a helyes betegmozgatás oktatására, mely segíthet megelőzni az ízületi bántalmakat. A *cukor- és pajzsmirigy-betegségek* leggyakrabban az állandó délelőtti körében fordulnak elő, valószínűsíthetően azért, mert a cukorbeteg csak délelőtti műszakban dolgozhatnak.

Az *ízületi megbetegedések* a belgyógyászatot, a krónikus osztályokat, és a pszichiátrián dolgozók körében fordulnak elő jelentős mértékben, az *ideggyengeség*, a *lelki és érzelmi problémák* pedig az intenzív és a pszichiátrián dolgozók körében fordulnak elő jelentős mértékben. A sürgősségi osztályokon dolgozóknál (nem jelentős mértékben) több betegség

is gyakrabban fordult elő, mint más osztályok dolgozóinál: *szívbetegség*, *magas vérnyomás*, *cukor- és pajzsmirigy-betegség*, *daganatos és nőgyógyászati megbetegedések*, *idegzsába*, *ideggyulladás*, *allergia*.

A gyógyszerek közül a válaszadókat a *nyugtató alkalmankénti szedése* jellemzi – minél magasabb az életkor, annál gyakrabban. Az iskolai végzettség növekedésével számuk arányosan csökken. Az alkalmankénti nyugtatószedés az állandó délelőtti és 8 órás műszakbeosztásban, valamint az intenzív osztályon dolgozókat, az *alkalmankénti altatószedés* pedig a 8 és 12 órás műszakbeosztásban dolgozókat érinti leginkább. *Antidepresszáns* alkalmanként leginkább az állandó délelőtti, rendszeresen a 12 órás műszakbeosztásban dolgozók szednek.

A válaszadók 9,4%-nak saját bevallása szerint egyetlen káros szenvedélye sincs. A *rendszeresen dohányzó* aránya 32,6%, a *rendszeres kávéfogyasztó* pedig 65,6%. A 24 év alattiak 43,9%-a rendszeresen dohányzik. Ezek az arányszámok megközelítően egyeznek a más felmérésekben is tapasztalt arányszámokkal (6;7;9).

Rendszeresen leginkább a pszichiátrián és a sürgősségi osztályokon dolgozók dohányoznak. A legkevesebb rendszeresen dohányzó, kávé- és *alkalmankénti alkoholfogyasztó* a gyermekgyógyászati és kisklinikumi osztályokon, valamint a szülészeten dolgozók köréből kerül ki. Leginkább a sürgősségi, a belgyógyászati és a krónikus osztályokon dolgozók, valamint az 55 év felettiek fogyasztanak alkalmanként szeszesítalt.

A magasabb iskolai végzettség fordított arányban áll a kávéfogyasztás és a dohányzás gyakoriságával.

A válaszadók csaknem 80%-a a felmérést megelőző egy évben nem volt táppénzen, a *táppénz igénybevétele*



betegség esetén inkább a diplomásokra jellemző, ez is bizonyítja saját egészségi állapotukról való felelősségteljesebb gondolkodásukat. A korábbi vizsgálatokhoz képest a táppénzt igénybe vevő ápolók számában csökkenés figyelhető meg (7;9;10). A legtöbbet a sürgősségi, a kisklinikumi és a sebészeti osztályokon dolgozó ápolók voltak táppénzen.

Javaslatok

Az eredmények alapján fontosnak tartom a munkahelyi egészségnevelés előtérbe helyezését, melynek nem csak az indokolatlan gyógyszerfogyasztás és a káros szenvedélyek veszélyeire, hanem az ízületi betegségek megelőzésére is ki kell terjednie.

Szükséges, hogy már az OKJ-képzés során is nagy figyelmet fordítsunk a helyes betegemelés – lehetőleg gyógytornász segítségével történő – oktatására, így megvalósulhat az ápolók mozgásszervi betegségeinek primer megelőzése. Kiemelten fontos a belgyógyászati és a krónikus osztályokon, valamint a pszichiátrián dolgozók rendszeres mozgásszervi szűrése, hogy az ízületi problémákat már a kezdetükkor felfedezzék, és az ápolók a további károsodások megelőzésében hatékony segítséget kaphassanak.

A lelki egészség védelmét – különösen az intenzív és a pszichiátrián dolgozók körében – stresszkezelő tréningekkel, esetmegbeszélő csoportokkal, illetve a kiégés elleni küzdelemmel segíthetjük. A sürgősségi osztályon dolgozók kiemelt figyelmet érdemelnek, mivel körükben kifejezetten sok betegség fordul elő gyakrabban, mint más osztályok dolgozóinál. Hatékony segítséget nyújthat ebben az évente amúgy is kötelező foglalkozás-egészségügyi vizsgálat, melynek a lehető legszélesebb körűnek kell lennie.

A káros szenvedélyek, kifejezetten a dohányzás elleni küzdelem során a primer megelőzésnek már az iskolában el kell kezdődnie, de ebben a munkahelyi egészségfejlesztés is nagy szerepet kaphat. Különösen a stresszforrást jelentő fekvőbeteg-osztályok (pszichiátria, sürgősségi) dolgozóit szükséges megcéloznunk. Az ápolók figyelmét fel kell hívni arra, hogy a betegek előtt példaképként jelennek meg, és a hitelesség a betegellátás során mindennél fontosabb. Ezt leginkább egészséges életmóddal, felelősségteljes életvitellel érhetik el.

A felelősségteljes életvitelhez a betegség esetén orvoshoz való fordulás is hozzátartozik. A táppénzes napok alacsony száma arra enged következtetni, hogy az ápolók betegen is dolgoznak, mely jelentős veszélyt hordoz nem csupán saját egészségükre, hanem az általuk ellátott betegek számára is. Fontosnak tartom annak tudatosítását, hogy betegség esetén pihenni kell, így sok betegség krónikussá válása is megelőzhető.

Összefoglalás

Az ápolók egészségi állapota, egészségmagatartása több vizsgálat szerint is aggasztó képet mutat, melyhez rendszeresen munkabeosztás, többműszakos munkarend társul. Vizsgálatom célja az volt, hogy feltárjam a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók egészségi állapotának önértékelését, krónikus betegségeit, gyógyszeresedési szokásait, káros szenvedélyeit, illetve táppénzen töltött napjainak számát. Arra kerestem a választ, hogy az életkor, az iskolai végzettség, a műszakbeosztás, valamint a fekvőbeteg-osztály jellege fenti mutatókat miként befolyásolja.

1 048 válaszadó válaszait elemezve elmondható, hogy jelentős többségük (81,9%) krónikus betegséggel küzd, kifejezetten nagy számban fordulnak elő az ízületi, a szív- és érrendszeri betegségek, a visszértágulat, valamint az ideggyengeség, a lelki és érzelmi problémák és a migrén. A sürgősségi osztályon dolgozók több betegség tekintetében is veszélyeztetettebbek. A dohányzás és a kávéfogyasztás nagymértékű, viszont a rendszeres alkoholfogyasztás és az indokolatlan gyógyszeresedés nem jellemző. A táppénzen töltött napok száma igen csekély. Az eredmények birtokában fontosnak tartom a munkahelyi egészségnevelést, különösen az ízületi, a szív- és érrendszeri megbetegedések primer és szekunder megelőzését, valamint a dohányzásról való leszoktatást.

Kulcsszavak: ápolók, egészség, betegség, káros szenvedélyek

Abstract

According to many researches the health status and health behaviour of nurses is in alarmingly bad condition, which is further impaired by the irregular work schedule and shift work. The aim of the present study was to evaluate the self rated health status, chronic illnesses, medication habits, addictions and the number of sick leaves among inpatient care nurses. The relationship of the above with age, educational level, shift type and the nature of inpatient care unit was assessed.

In the final analysis the data of 1048 respondents were involved. The vast majority (81,9%) suffered from chronic illnesses, mainly from arthritic and cardiovascular diseases, varicose veins and mental disorders. Nurses working at the ER are more prone to these illnesses than nurses of other units. Excessive nicotine and caffeine intake is widespread, but frequent alcohol consumption and medicine abuses are not typical. The number of sick leaves is very low. Based on these results the importance of health education would be great, primarily the primary and secondary prevention of arthritic and cardiovascular disorders and the smoking cessation programmes.

Keywords: nurses, health, illness, addictions



IRODALOM

1. Feith H.–Kovácsné T.Á.–Balázs P. (2008): „Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9 (4): 289–304.
2. Hegedűs K.–Mészáros E.–Riskó Á. (2004): „A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota.” In: *Lege Artis Medicinae*, 14 (11): 786–793.
3. Hegedűs K.–Szabó N.–Szabó G.–Kopp M. (2008): „Egészségszempontok az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002–2006)” In: *Nővér*, 21 (1): 3–9.
4. Hirdi H.É.–Balogh Z.–Mészáros J. (2014): „A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata.” In: *Egészségtudomány*, 58 (1): 88–103.
5. Kawano Y. (2008): „Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals.” In: *Journal of Occupational Health*, 50 (1): 79–85.
6. Markovic M.–Pikó B.–Piczil M.–Kasza B. (2006): „Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán.” In: *Nővér*, 19 (3): 17–24.
7. Molnár E. (2002): „Ápolók egészségi állapota – 2001.” In: *Nővér*, 15 (4): 4–10.
8. Németh A.–Irinnyi T. (2009): „Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében – egy felmérés tükrében.” In: *Nővér*, 22 (3): 33–38.
9. Németh A.–Irinnyi T. (2009): „Egészségügyi szakdolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében.” In: *Nővér*, 22 (4): 32–38.
10. Pásztor K. (2006): „Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai.” In: *Nővér*, 19 (3): 3–9.
11. Storr C.L.–Trinkoff A.M.–Hughes P. (2000): „Similarities of substance use between medical and nursing specialties.” In: *Substance Use & Misuse*, 35 (10): 1443–1469.
12. Sveinsdóttir H.–Gunnarsdóttir H.K. (2008): „Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey.” In: *International Journal of Nursing Studies*, 45 (10): 1479–1489.

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/ CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272. Fax: (1) 428-8273.

E-mail: haromszekizs@gmail.com Honlap: www.oefi.hu

A kézirat formája

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

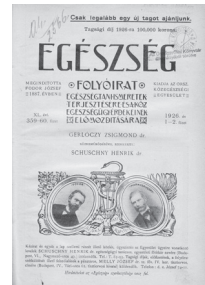
Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság





Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszatekint a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



Nem minden elavult, ami régi

Képeskönyv és gyermekolvasmány a szellemi hygiéne szempontjából Nyireő Éva

Solymosy József Bonifác népegészségügyi szakember

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A képeskönyv és az ifjúsági olvasmánya legtisztább gyermeki örömök forrása; lehet-e szükséges vele kapcsolatban szellemi hygiénéről beszélni? Igenis, szükséges. A könyv, az embernek ez a síríg hűséges kísérő társa, nem egyszerű álnok barát. Nemcsak szórakoztatni, gyönyörködtetni, pihentetni, oktatni, de megbetegíteni, mérgezni, sőt ölni is tud, csakúgy, mint az életkort és az egészségi állapotot figyelembe nem vevő egyoldalú, túltápláló, túlfűszerezett, vagy romlott testi táplálék.

Ideges, kapkodó, boldogtalan kor a mai. Ideges, kapkodó, testileg és idegileg kimerült a felnőtt, és satnya testét, rossz idegállapotát szerencsétlen örökségül adja át gyermekeinek. Az első világháború óta a nagyvárosi kisdedek túlnyomó része veleszületett ideggyengeséggel jön a világra. Az elemi iskola erősen panaszolja, a tanulók szellemileg fáradtak és nem tudják összpontosítani a figyelmüket. A középiskola túlhalmozott tanterve olyan erőfeszítést kíván a serdültől, mely nincs arányban sem korával, sem szellemi érettségével. Mire elérkezik az idő, hogy az élet és a munka sorompójába lépve felváltsa a lelépő nemzedéket, akkorra – éppen olyan fáradt és elnyűtt az idegzete, mint a pihenésbe vonulóké.

Az ifjúság testi satnyulását már régóta aggódó figyelemmel kísérik az intéző körök és úgy hivatalos, mint szociális téren mindent megtesznek az orvoslására. Az idegállapot megerősítésére és védelmére, – amibe beletartozik a szellemi túlterhelés elleni védekezés is – alig történik valami. A nagyközönség annyira tájékozatlan ebben a kérdésben, hogy éppen azok a családok követik el a legnagyobb és legtöbb hibát a szellemi hygiéne terén, amelyeknek minden gondolata és törekvése egyetlen pontra irányul: ép testben ép lelkű gyermeket nevelni. Mi jelentőségük van a képes- és gyermekkönyveknek, mint a mai nevelés legszámtöbb eszközeinek, a harmonikus és egészséges szellemi fejlődés szempontjából?

A kisgyermek a képeskönyvön át lép be a szellem országába. Milyen legyen az első képeskönyv?

Egyetlen felelet van rá: a kisdéd korának és értelmi fokának megfelelő. Egyesztendő kisbabának még semmiféle könyvre nincs szüksége. Neki kezével, lábával, érzékszervei használatával, a járás nehéz feladatával, a fogás (fogdosás) technikájával, a körülötte levő személyek és használati tárgyak legegyszerűbb tulajdonságával és nevével kell megis-





merkednie. Amíg ez meg nem történik, amíg járatlanságában sikongva markol a képeskönyv ábráiba és dühösen szagatja a lapot, mert nem tudja belőle a labdát vagy a kiflit kiemelni, addig hiába mutogatjuk neki a legszebb képet. Még túl korai. A képeskönyv jó szolgálata akkor kezdődik, amikor a kisdéd általánosítani kezd, vagyis, például, nemcsak a saját virágos kisbőgréjét ismeri meg, hanem már azonosítani is tud, sőt annyira azonosít, hogy minden pohárra vagy csészére ráfogja, hogy az ő bőgréje. Ezen a szellemi fokon, amelyiken a megismerésen túl, a fogalmak tisztázására kerül már a sor, – átlagosan fejlődő kisdédnél a második életév közepén – a helyesen megválasztott képeskönyv határozottan nagy segítség a számára. A legelső képeskönyvet tehát másfél-kétéves korában kapja a gyermek.

A gyermek első képeskönyve úgynevezett tárgyi képeskönyv legyen. Ne tartalmazzon mást, mint a legszükségesebb használati tárgyaknak, játékszereknek, ismert háziállatoknak különállóan, háttér nélkül rajzolt, egyszerűen, de természetesen színezett ábrázolatát. A tisztán és félreismerhetetlenül világosan rajzolt asztal és szék, trombita, kávéscsésze, báránka, nyuszi, – mindenik külön, külön, magánosan képek, amelyek a másfél-kétéves baba szellemét nem terhelik túl. Ezek ugyanis, éppen egyszerűségükönél fogva nem tartják tovább lekötve a figyelmét, mint amennyi figyelemösszpontosítás kitelik a kétesztendőstől. A képek felismerése és az ismert tárggyal való azonosítása ugyanis nem kisebb szellemi teljesítmény a kicsi részéről, mint a nagydiáké, aki matematikai tételt fejt meg. Boldog arcocskája napfényes mosolygás ilyenkor; az alkotás öröme ragyog rajta. Valóban alkotott: a tárgyak elvont fogalmát teremtette meg a lelkében.

Az egyszerű, tárgyi képeskönyvet nem szabad magyarázattal vagy mesével kísérni. Elég, ha ennyit mondunk: ez a ló, a báránka, a kiskocsi. A megnevezés is csak akkor ajánlatos, ha a mindent értő, de beszélni nehezen kezdő gyermeket a szavak helyes kiejtéséhez akarjuk hozzásegíteni. A képet azonban maga ismerje fel, mert az előre megnevezéssel megfosztjuk a ráismerés örömétől. Ne kívánjuk, hogy a könyv minden képét egyszerre végignézzze a gyermek. Kétéves baba legfőljebb két-három percig tudja összpontosítani a figyelmét. Kifárasztjuk, ha több figyelmet kívánunk tőle, mint amennyire képes. Ismeretlen tárgyak és állatok képét ne mutogassuk, még kevésbé nevezzük meg. A nevek üres betanítása fölöslegesen terhelné az értelmét.

A háromesztendő kisdéd nemcsak a mindennapi élet használati tárgyait ismeri már jól, de tisztában van azoknak rendeltetésével, sőt kezelésével is. Látóhatára kibővült. Ismeri a kertet, az udvart, az utcát, az emberi közösség leg-egyszerűbb formáit. Homályosan még, de kezdenek már tudatossá válni benne a lelki élet legősibb megnyilatkozási formái. Észreveszi a mások örömét, fájdalmát, közönyét. Hízelegve símul búsuló édesanyjához, sőt azt is tudja, hogy kezének kedveskedő simogatása enyhülés és vigasztalás. A háromesztendő gyermek már mély érzelmi életet él. Különbséget tesz a jó és rossz, a szeretet, a közöny és a gyűlölet között. Ösztönös, istenáldotta emberismerete megtalálja a felnőttek között a tisztaszívút. Ezekhez vonzódik. Figyelme már 4-6 percre leköthető. Képeskönyvének megválasztásában egy fokkal magasabbra mehetünk.

A háromesztendő képeskönyve előbb csoportosan összeállított és helyezett tárgyképekből áll, mint amilyen a berendezett szoba, a konyha, a ló az istállóban, a báránka, a nyúl a réten stb. E csoportos tárgyképek után az élet egyes jeleneteit ábrázoló képek következzenek. Számolva azonban a kicsikének még gyöngye figyelo képességével, minden egyes jelenet egy-egy zárt egész legyen. (Gyermekeit imádkoztató anya, főzőcskét játszó gyermekcsoport, egerésző cica stb.) Egy-egy ilyen jelenetet a lehető legegyszerűbb mesélő modorban, párszavas történetkével magyarázzunk neki. Felnőtt ember szinte el sem tudja képzelni már, hogy az érzelmeknek micsoda széles áradatát idézheti fel az az egyszerű kép, amelyikhez az anya az ilyen vagy az ehhez hasonló mesécskét fűzi: *«Gyurica tejet vitt a kis bőgréjében. A testvérekéjének vitte. Elesett. A tej kifolyt. Gyurica sír»*. Akinek alkalma van rá, elgyönyörködhetik benne, hányszor pötyögi el magában ugyanezt a szöveget, hányszor kéri az elismétlését, hányszor meséli tovább elgondolkozva meghatottan, mindaddig, míg a történetkének minden tárgyi és érzelmi lehetőségét kiszívta és magáévá tette. Így válik az egyszerű képeskönyv lelki élménnyé. Hosszabb és komplikáltabb szöveg elbeszélésével nem is szabad a háromesztendő agyat megterhelni.

Négytől hat esztendő korig a kisgyermek a képzelet világát éli. Az asztal alatt kacsalábon forgó palota épül; a felfordított székből vonat lesz, a fadarabból puska, kard, baba, trombita és ezer mindenféle más rendeltetésű eszköz. Legelső gyermekkorában szerzett tárgyi és érzelmi ismereteit átülteti a képzelet világába. Ha a gyermek képzeletének csapongása nem kóros mértékű, ne korlátozzuk se se később. A felnőtteknek nincs joga, hogy megfossa a gyermeket a meseboldogságától. Teljesen elhibázott az a nevelői irány, amelyik képeskönyvben, elbeszélésben mindig, mindenütt csak a valót tárja a gyermek elé, azzal a megokolással, hogy így akarja megóvni az élet csalódásaitól. Természetellenes lélekfejlés ez; az emberiség fejlődéstörténete reácsol s tudvalevő, hogy minden egyes kisgyermek ugyanazt az utat járja végig, amelyen az emberiség a mai fejlődési fokra jutott. Lehet, hogy a mese nélkül nevelt gyermek életútján kevesebb a zökkenő, de ez az út szürke és egyhangú, ha meg van fosztva a képzelet varázsától.

A lelki fejlődés fokának megfelelőleg, a négy-hatéves gyermek képeskönyve képes-mesekönyv legyen. Fokozatnak természetesen itt is kell lennie. A négyéves képeskönyvében eleinte csak egy-egy önálló jelenet utaljon az édesanya





AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

elbeszéléséből ismert mesére. Ilyenek: Piroska virágot szed az erdőben; a farkas a sűrűben ólálkodik; – vagy: Jancsi és Juliska a mézeskalács-házikó előtt. Az öt-hat éves gyermeknek már az összefüggő képsorozatból álló képeskönyv való, mint amilyenek újabban Walt Disney *Három kis malaca*, vagy *Hófehérkéje*. E képeskönyvek párszavas versikét vagy mesemagyarázatot is tartalmazhatnak. Ha jó, – azaz költői értékű – a szöveg, fel lehet olvasni a gyermeknek, de semmi esetre sem szabad betanítani! Ne fárasztjuk szükségtelenül az iskoláskort még el nem ért agyat.

Sajnos, a jó képeskönyv meglehetősen drága, sőt valljuk meg az igazat, ritka is. A magyar könyvpiacnak ezen a téren még sokat kell pótolnia. Mégis, nem lehet eléggé ajánlani, hogy a három legfontosabb képeskönyvet minden család megszerezze apró gyermekeinek: a tisztán tárgyat a másfél-kétesztendősnak, a tárgyat és az állatot a környezetben feltüntetett s egyszerű gyermeki jeleneteket ábrázolót a háromévesnek és a képes-mesekönyvet a négy-hatéveseknek.

Melyik a jó képeskönyv? Az, amelyik tisztán, világosan, félreismerhetetlen vonalvezetéssel és természetű színezéssel, kellő nagyságban és jó papíron ábrázolja a tárgyat és a jelenetet. Kisgyermekes képeskönyve nem tűri a művészi irány vagy egyéni művészi meglátás címén elrajzolt és egyénien színezett ábrázolatokat.

Ijesztően ható torz alakokat, túl realiztikus, vagy durva, kegyetlen, vérengző, jeleneteket sohase vetítsen a képes-mesekönyv a kisgyermek túlérzékeny, könnyen izguló képzelete elé. Nagyon sok példa van rá, hogy gyermekek beteges félelemérzetét, álmatlanságát a képeskönyv pedagógiaellenes, rosszul megválasztott képe okozta. Tartsuk vissza a csúnyát, az ijesztőt, a túlságosan szomorút a gyermekszobától életben és ábrázolásban, amíg visszatartható. Védjük meg a gyermekkor boldogságát, az életbe és az emberekbe vetett hitét, amíg lehet.

A képeskönyvek országából a gyermek- és ifjúsági irodalom birodalmába az iskola kapuján át vezet az út. A hatesztendő gyermek lelkében nevezetes változás történik: a játék és a mese nem elégíti ki többé. Ugrásszerűen fejlődő értelme rendszeres foglalkoztatás után vágyik. Iskolába kerül s ettől fogva körülbelül nyolcéves koráig elsősorban az iskola és a vele járó életváltozás köti le a figyelmét. Az olvasás egyelőre fárasztja még; nincs meg a kellő gyakorlata. Nem olvas egyelőre sokat, de amit elolvasott, abban valósággal benne él; teljes egészében a magáévá teszi. Hihetetlenül érdekli minden külső esemény, minden mendemonda és szóbeszéd. A mesét éjfélig elhallgatná, bár nem győzi tudakolni a mesemondótól, hogy igazán megtörtént-e, amit elbeszél? Elérkezett a *Mackó-* és a *Dugó Dani-könyvek* korszakához. Egyáltalában nem véletlenség, hogy éppen a *Mackó-könyvekért* rajong. Szellemi fejlődésének szükségése van rájuk. A jó öreg Mackónak és Dörmögő Dömötörnek igen fontos szerep jut a gyermeki lélek fejlődésében. Az ő nem egészen mese, de nem is élő valóság-alakjuk segíti hozzá a 6–8 éves kisgyermeket, hogy a való, a látszat és a képzelet zűrzavaros világában rendet teremtsenek maguknak. Íme, Mackó bácsi és leszármazottai, a Dugó Danik, Tuskó Matyik, mint az emberiség tanítómesterei. Ne sajnáljuk gyermekeinktől a *Mackó-könyveket*!

A 8–10 esztendő kisdiák már túl van az első iskolás évek izgalmain és eljutott a fejlődésnek arra a fokára, ahol befelé néz és először nyílik meg a szeme az embertársak főképpen a hasonlókorú gyermekek életsorsa iránt. Külsőleg pajkos és figyelmetlen, az iskolát sem veszi olyan komolyan már, mint az előző életkorban, de aki jobban megfigyeli, okvetlenül észreveszi rajta, hogy milyen élénk belső életet él. Csupa érdeklődés és szánakozó szeretet az egész gyerek. Pártfogásába veszi a gyengét, alamizsnát oszt, állatokat dédelget. Lelkében az érzelmi életnek jut a vezető szerep. Gaál, Benedek, Móra gyermektörténetei, *Alice kalandjai*, a *Kis Lord* most a helyénvaló olvasmányok.

A 10–12. életév ismét az értelemfejlődés és az ismeretszerzés kora, sőt ennek igen-igen fontos állomása. A gyermeket valóságos olvasási düh fogja el. Jó tudni ezt, mert az a csodás befogadó és megtartó képesség, mely ennek az életkornak a sajátja, nem jelentkezik még egyszer hasonló erővel. Ki kell használni. Gondoljon vissza a felnőtt a saját gyermekkorára és be kell ismernie, hogy általános tudásának legnagyobb részét ebben a korban szerezte és pedig sokkal kevésbé az iskolában, mint amennyire olvasmányai révén. E szerencsés olvasási korszaknak az a lélektani magyarázata van, hogy a rendszeres tanulás idáig már meglehetősen sok ismeret birtokába juttatta a gyermeket; annyi, amennyi az érdeklődését a világ minden életjelensége iránt felébresztette. A kisdiák ámulva fedezi fel a világot és most élvezi. Bizonyos élettapasztalata is van már, melynek segítségével el tud igazodni a könyv nyújtotta helyzetekben, úgy hogy az olvasás nem fárasztja ki. A serdüléssel járó lelki zavarok még nem érintik. Hősöket és ideálokat keres magának, akiknek nemegyszer döntő szerepet juttat későbbi életében. Nagy emberek visszaemlékezései a tanúk rá. Most van az ideje Benedek, Gaál, Donászy történelmi tárgyú gyermekregényeinek s azoknak a nagyobb fajsúlyú világirodalmi remekeknek, melyek az előbbi korosztálynál nagyobb lelki felkészültséget kívánnak, mint például De Amicis *Szíve*, vagy Montgomery *Gyermekszív rejtelsei*.

Mit tegyen a szülő ilyenkor? Hagyja, hadd olvasson a gyermek, hacsak szemét nem teszi tönkre és a túlzott olvasás bele nem nyúlik az alvás idejébe. Legyen rajta, amennyire anyagi erejétől csak telik, hogy kellő mennyiségű könyv és az ifjúsági irodalom legjava álljon a fáradhatatlan kis olvasó rendelkezésére, nehogy ennek hiányában kénytelen legyen silány, értéktelen, vagy lelkileg káros könyvekhez nyúlni, mert az olvasási láz úgy ebben, mint a rákövetkező serdülési évek idejében, leküzdhetetlen.





A 12–13. életévvel, sajnos, rendszeren le is zárul az ifjúsági olvasmányok ideje, mintha a serdülő életkor számára nem írtak volna jó könyveket; ellenkezőleg. Az az ifjúság nincsen, amelyik a serdülőknek szánt olvasmányokban kedvét lelje. Egészségtelen állapot ez, de amíg a világra el nem következik egy nyugodtabb, békésebb korszak ideje, addig aligha van mód változtatni rajta, mert az ok a serdülőknek amúgy is felajzott idegállapotában rejlik, melynek hullámozását veszedelmesen felfokozzák a külső világból a lelkükig hatoló események.

A 2–12 éves gyermekek olvasmányai, illetve könyvei még nem szereznek túlságos sok gondot a szülőnek. Egyetlen szempontra kell vigyázniok: arra, hogy a gyermek lehetőleg ne nyúljon olyan meséskönyv, olyan képeskönyv után, amelyik a magasabb korosztály számára készült. Ne áltassa magát a szülő azzal hízogó hittel, hogy az ő gyermeke érettebb, okosabb az átlagnál. Eltekintve egyes igazan ritka kivételtől, nem egyéni kiválóság jele ez, hanem általános, egészségtelen kortűnet. A szűk lakásokban a külön gyermekszoba hiánya, a felnőttekkel való folytonos együttlét, az ő beszélgetésüknek a kényszerű végighallgatása, az újság, a rádió, a mozi érleli ma beteges gyorsasággal a gyermeket, akinek otthon vélt szellemi kiválóságára, sajnos, rendszeren rácafól az iskola. A korai könyvéhség még egyáltalában nem zálog az ifjú későbbi képességeire. Igen sok szomorú példa utal rá, hogy éppen ezek a kezdetben sokat ígérő, szellemileg túlfejlődött gyermekek törnek le az élet harcában legelőször. A sietve érlelés bacilusa ma a levegőben van. Óvakodjunk tőle és védjük meg a gyermeket azzal, hogy igyekezzünk olyan sokáig húzni a gyermekkorát, ameddig csak lehet. Minden téren vigyázni kell erre, tehát az olvasmányok terén is. Annyi sok jó ifjúsági olvasmányunk van, amennyi bőségesen elég a gyermekkor gazdag kitöltésére. Teljesen fölösleges, hogy a gyermek idő előtt végezzen velük és koránál «érettebb» olvasmányokat keressen. Siettetés nélkül is túlkorán érkezik el a serdülés időszaka, amelyik annyi veszedelmet rejt magában és melynek olvasmányai régesrégóta egészen különleges gondját képezik szülőnek és nevelőnek.

Minden pedagógus tudja, hogy a serdülő gyermeket milyen legyőzhetetlen vágy sodorja a felnőttek könyveihez. Mennél jobban rejtegetnek előle valami nem neki való olvasmányt, annál bizonyosabb, hogy rettegve, titokban, pad alatt, vagy otthon éjjel, de okvetlenül elolvassa. Ennek a tünetnek is megvan a maga lélektani magyarázata. A látható világból idáig mindent megismert a gyermek; távoli országok helyzetére, életviszonyaira is tud következtetni eddigi tapasztalataiból. Egy ismeretterület van még hátra: a család, a társadalom, a nemzet, az emberiség életét rnoztató láthatatlan, belső erők. A lelki fejlődés útja most ennek a területnek felkutatására vezet. A felnőttektől nem kapja meg legégetőbb kérdéseire sem a magyarázatot. Fűrészni kezd tehát s azt hiszi, hogy az a könyv, melynek olvasásától eltiltották, mindent megmagyaráz. Nem léhaság, megátalkodottság, – mint ahogyan a szülők sokszor keservesen panaszojják – hanem a lelki fejlődés természetes útja, véteti vele kézbe a nem neki való könyveket és hogy ez mennyire így van, arra egy olvasmánykutatás alkalmával a serdülők sajátmaguk mutattak rá. Ilyesmiket írtak egy-egy Maupassant, Dosztojevszkij stb. könyvcím felemlítése után: – «Mindennapos imádságom, úgy őrzöm titokban, mint a Bibliát, mert olyan dolgokról világosít fel, melyeket hiába kérdezek a szüleimtől». – «Az én szüleim is elválva élnek. Ez a könyv felfedte előttem az okot». – «Megértettem belőle szegény elvált anyámat». – «Mert a mi családunk belső életét igazolja» stb.

IV–V. osztályos gimnazista fiaink és leányaink rendszeren nagyon büszkék titkos olvasmányaikra. Bizonyos felsőbb-ségérzet fejlődik ki bennük a szülővel vagy a tanárral szemben, részint azért, amiért föl merték tételezni róluk, hogy a könyv tartalmát nem értik vagy félreértik, részint azért, mert az olvasmány leleplezi előttük a felnőttek gyarlóságát. A serdülőkor amugyis a lázadás ideje. Igen sok esetben a nem helyénvaló olvasmány az oka a gyermek szembeszállásának.

Hogy a serdülők majdnem kivétel nélkül a koruknak meg nem felelő olvasmányt lapoznak, azt régóta figyelik a szülők és a pedagógusok és mindig is veszedelmet láttak benne. Arra azonban, hogy ez a veszély milyen megdöb-bentően nagy, az az olvasmánykutatás mutatott rá, mely a serdülőkoron túljutott, 19–22 éves egyetemi és főiskolai hallgatók között folyt le.

Ez az olvasmánykutatás azt akarta megvizsgálni, hogy hogyan hat a túlkorai olvasmány az ifjú lélekre akkor, amikor már higgadtabb lélekkel nézi a világot, mint a folytonos eksztázisban élő serdülő. A válaszok valósággal kétségbe-ejtők voltak. A 14–15 éves korban egekig magasztalt könyvről a következő elkeseredett hangon számolt be a 20 éves ifjú: – «Évek óta hatalmában állok, nem menekszem az emléktől. Úgy érzem, megmérgezte lelkemet». – Egy másik így ír egy Zilahy könyvről melyet bevallása szerint, 14 éves korában olvasott: – «Romboló pesszimizmusa nagyon fel-izgatott, nem tudok menekülni a hatásától». – Egy másik munkáról szólva, egy 19 éves ifjú ezt mondja: – «Piszkos, undorító, felháborító munka! Oh, hogy jutalmazhatták irodalmi díjjal!» – Ismét más: – «Most látom csak, mennyi-re ráértem volna errol az oldaláról megismerni az életet. Elvette a nyugalmamat». – «Minden szépet, jót összetört a lelkemben». – «Hogy írhatott X. Y. egy ilyen undorító könyvet, mikor olyan jól tud írni?» – «Megutáltatta velem az életet». – «Megölte a szerelemben vetett hitemet». – «Rikoltó naturalizmusa összetört bennem mindent, amit eddig





AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

szépnek és jónak hittem». – «Nagyon ráfizettem erre az olvasmányomra. Hónapokig viaskodott bennem az erkölcsi érzés, a józanész és a beszennyezett fantázia».

Mint különösen szomorú tény, egy kis statisztikát érdemes itt megemlíteni: 600 ifjú közül, – valamennyien 19–22 évesek és valamennyien érettségizett fiatalok – 36 vallotta, hogy majdnem öngyilkos lett túlkorai olvasmányainak hatása alatt s ezek között hat olyan akadt, aki hozzátette, nem tudja, hogy végeredményben nem végez-e mégis magával, mert ha ilyen az élet, mint amilyennek e világhírű írók festik, akkor nem érdemes élni.

Ifjaink vallomásának nagyon sok szomorú tanulsága van. Az egyik legfontosabb az, hogy a túlkorai olvasmány valóban tud mérgezni, sőt ölni; másik az, hogy nem is elsősorban az úgynevezett szennyirodalomtól kell féltetni gyermekeink lelkét. A serdülőkötől beszédett kb. 3000 olvasmánytükör alig-alig említett olyan címet, amelyik a sexuális vagy a szennyirodalom körére utal. A fentebb idézett keserű feljajdulásokat kivétel nélkül a világirodalom orosz-lánjai váltották ki műremekeikkel. Nem a szerzőkben és a könyvekben volt a hiba, hanem az olvasmányra még fel nem készült fiatal lélekben. Még nem volt olyan erős, hogy a nehéz szellemi táplálékot meg tudta volna emésztetni. Különösen a pesszimista világnézetű írók azok, akik veszedelmet hoznak az ifjúságra. Kellő lelki és élettapasztalat híján szent áhitattal fogadja az ifjúság az ő szavukat, átveszi felfogásukat és megesküszik, hogy a világ valóban olyan, mint amilyennek a szerző festi. Küzdeni nem érdemes; beteg és romlásra érett az emberiség.

A német irodalomtörténet ma is felemlíti még, hogy Goethe *Werther*jének olvasásától el kellett tiltani annak idején a fiatalságot, a feltűnően sok öngyilkossági kísérlet miatt, melynek egyik sok reményre jogosító ifjú bölcsész is áldozatul esett. Akkor, abban az egy esetben, valóban felfigyelt a könyv ártani tudására a közönség. Ma már túlsok a könyv; nem egyesek szellemi tápláléka, hanem közszükségleti cikk; tompábbak lettünk hatására, mint dédszüleink. *Werther* miatt aligha gondolna öngyilkosságra ma valaki; túlzott szentimentalizmusát kinevetjük. Ott vannak azonban a mai írók, a mai nagyok, akiknél jobban senki sem tudja korunk hangulatát, harcát, hibáit ecsetelni. Goethe *Werther*-je az akkori kor szentimentalizmusát dédelgette, a mai író a mában küzdő ember keserves, sokszor hiábavaló életküzdelmét festi. Miért tennok föl, hogy a mai ember edzettebb az élettel szemben, mint Goethe korának holdvilágnál kesergő regényhőse? Sajnos, nem edzettebb. Sok szerencsétlen egyéni és családi élet beszélhetne erről. Ha pedig okát keressük, lehetetlen meg nem látni, hogy a túlkorai olvasmányok nagyon is alkalmasak rá, hogy meggyengítsék ifjainkban az életerőt.

Hogyan óvhatjuk meg a könyvtől távol nem tartható serdülőt a túlkorai olvasmányok veszedelmétől? Egyetlen egy módon: ha úgy neveljük a gyermekét, hogy annak lelkében kivirágozzék a teljes bizalom, az a bizalom, amelyik nem retten vissza a kényes kérdések megtárgyalásától. Amelyik gyermek bizonyosan tudja, szüleitől, vezetőitől minden kérdésre megkapja az őszinte, tárgyilagos választ, az nem szorul rá, hogy nem nekivaló könyvekben keresse problémái magyarázatát. Még egyet kell tudni a szülőnek, nevelőnek az olvasmányokkal kapcsolatban. Azt, hogy mindig vegyen részt abban a lelki élményben, amelyet a könyv vált ki a gyermekből. Felvilágosító megjegyzésével oszlassa el a túlságosan sötétlátású olvasmányok keserűségét és magyarázza meg, hogy az élet annyiféle színű, mint ahányan látjuk és hogy kellő lelki felkészültséggel, bátorsággal az ember mégis úrrá tud lenni rajta.

„A kis emberek csodálatos módon álomszerűen prekapiskálják mindazt, amit az emberlány kap az élettől, ezt nem volna szabad a nagyoknak elfelejteni. Meg kell érteni a gyermekeket s óvó bizalmas társul kell oda adni neki, ami voltaképpen egyazon, csak éppen terjedelmesebb, – felnőtt lelkünket.”

Ady Endre: *Párisi levél* 1904.

Egészség, 1942. március–április, 78. old.

Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

A 72 évvel ezelőtti gondolatok mai jelentősége nem csökkent. Igaz, jelenkori értelmezésükhöz a könyv, mint papír alapú olvasmány mellé a különböző, elektronikus úton elérhető, nem papíralapú kiadványokat is hozzá kell kapcsolnunk. Korunkban is érvényesek a különböző életkori szakaszok lélektani jellemzései, ahogyan a „szellemi hygiénével” – a lelki egészséggel – kapcsolatos rendszertani megközelítés is. A célzott (egészség)kommunikációt ezekre is tekintettel érdemes tervezni, hiszen

a találó jellemzés – „az embernek ez a sűrű hűség kísérő társa, nem egyszer álnok barát” – a könyveken túl a teljes médiára is kiterjeszthető.

A számos régi-új, egészséget befolyásoló probléma (pl. a túlfeszített tanterv, a válási árvák, a gyenge fizikumú, fáradékony, rosszul táplált gyermekek, stb.) tárgyalását most átlapozva egy kordiagnózist, az általános boldogtalanságot („Ideges, kapkodó, boldogtalan kor a mai”) vizsgáljuk. Ez – a korabeli 600 fős minta



1. ábra

**A GNH (Gross National Happiness) területei, indikátorai
és területen belüli súlyozásuk (%)**

OKTATÁS	EGÉSZSÉG	ÖKOLÓGIAI DIVERZITÁS
tudás (20%)	önbevallás szerint (10%)	vadvilág pusztítása (40%)
végzettség (30%)	havi egészséges napok száma (30%)	személyes környezeti felelősség (10%)
általános műveltség (30%)	hosszú távú „fogyatékoság” (30%)	ökológiai ártalmak (10%)
értékek (20%)	mentális egészség (30%)	városiasodás ártalmai (40%)
JÓ KORMÁNYZÁS	IDŐBEOSZTÁS	KULTURÁLIS DIVERZITÁS
politikai részvétel (40%)	munkaórák száma (50%)	anyanyelven beszél (20%)
alapvető jogok (10%)		művészi készségek (30%)
szolgáltatások elérése (40%)	alvásidő (50%)	kulturális részvétel (30%)
kormányzati teljesítmény (10%)		harmónia (20%)
KÖZÖSSÉGI ÉLETERŐ	PSZICHOLÓGIAI JÓLÉT	ÉLETSZÍNVONAL
adományozás (pénz és idő) (30%)	elégedettség (33%)	bevétel (33%)
közösségi kapcsolatok (20%)	pozitív érzelmek (17%)	vagyon (33%)
család (20%)	negatív érzelmek (17%)	lakhatás (33%)
biztonság (30%)	spiritualitás (33%)	

(A szerző saját szerkesztésű ábrája)

lekérdezésén alapuló vizsgálatnál jóval komplexebb és árnyaltabb mérésekkel – sajnos most is igazolható.

2011-ben, Bhután javaslatára az ENSZ közgyűlése elfogadta, hogy az egyes országok fejlettségét mutató nemzetközi összevetésekben a GDP vagy a GNP mellett a GNH (Gross National Happiness), vagyis a bruttó nemzeti össz-boldogság is szerepeljen.

A GNH összetett mutató, 9 területen 33, rögzített súlyú indikátort tartalmaz. Bár a területek egyformán fontosak és nem elválaszthatóak, a kiértékelés viszonylag egyszerű: amennyiben 9 területből 6-ban jó az eredmény, vagyis 33 indikátorból 23 esetben limit feletti a válasz, akkor a vizsgált egyén/csoport boldognak mondható. (1. ábra)

Az OECD-országok szubjektív jól-létet – az élettel való elégedettség és boldogságot – összehasonlító felmérésében Magyarország – Görögországgal, Horvátországgal, Törökországgal és Portugáliával – a sereghajtók között van (1). Az élcsoporthoz Dánia, Kanada, Norvégia és Svájc tartozik. Az országos átlag-elégedettségi érték (10 fokozatú skálán pontozva) Magyarországon 4,9 (férfiak: 5,1; nők: 4,8), az OECD-átlag 6,6. A csak alapfokú végzettséggel rendelkezők körében a magyar átlag 4,5, míg az OECD-átlag 6,1. Egy átlagos napon a magyarok

67%-ának volt pozitív élménye, míg az OECD-országok állampolgárainál ez az érték 76%.

Az Egészség című folyóiratban 72 évvel ezelőtt megjelent cikk szerzője polgári iskolai tanár, aki a témával behatóan foglalkozott (2). Cikkében megoldást is kínál: egyfelől racionális tanácsot ad („Még egyet kell tudni a szülőnek, nevelőnek az olvasmányokkal kapcsolatban. Azt, hogy mindig vegyen részt abban a lelki élményben, amelyet a könyv vált ki a gyermekből.”), vagyis az érzelmi/társas támogatottság, és így a lelki egészség támogatására az élménymegosztás módszerét javasolja; másfelől Ady költői képével hangsúlyozza a lelki támogatás/támogatottság fontosságát.

IRODALOM

- <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction>
- Nyireő Éva: „A mai ifjúság olvasmányai és a túlkorai olvasmányok veszedelme.” In: *A Jövő Útjain*, 1938/1. szám

CONTENTS

TRAININGS	
A Complex School Health Promotion Project – Introduction of a Mentoring Program József Bonifác Solymosy	2
ACTION-FOR-HEALTH project implementation – Part III.	
Health Promotion Action Plan for Reducing Health Inequalities in Sellye Subregion, Hungary The Parents’ Club and the Sponge Basketball Program in Practice Tamás Koós Dr., Éva Fekécs, Éva Járomi, Eszter Lőrík, Ágnes Taller; Ildikó Barta Dr., Katalin Gáspár, Mártonné Frank, Katalin Kovács Dr., Éva Mészáros, Csilla Pandur	6
An Impact Network Influencing Health-Supporting Behaviour Péter Csizmadia, Péter Varsányi Dr., Mihály Ferencz, József Vitrai PhD.	10
Elements of Healthy Lifestyle at Budapest Working Class Pubs Péter Huszka Dr., PhD., Adrienn Polyák Dernóczy, Adél Péntes Huszkáné	14
2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY	
Maze of Family Foundation – Prevention of Family Conflicts Zsuzsanna Kiss Soósné Dr., PhD.	26
Midwives’ Health Care Competency – Then and Now Ibolya Krémer Lipienné, Judit Mészáros Dr.	33
SURVEYS	
Health Status and Addictions of Inpatient Care Nurses Anikó Németh Dr.	37
THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT	
Old, but not Old-Fashioned Bonifác József Solymosy	46

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.
Előfizetési díj: ☐ 1 évre 12 000 Ft ☐ 1/2 évre 6000 Ft
Megrendelő (fizető):
Cím:
Kézbesítési cím:
(csak akkor töltse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)
.....
aláírás
A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport
1900 Budapest